

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

PŘÍPRAVA PACIENTA KE KOLONOSKOPII

Bakalářská práce

Autor práce: **Eva Neumannová**

Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2011

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

PREPARATION OF PATIENT FOR COLONOSCOPY

Bachelor's thesis

Author: **Eva Neumannová**

Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2011

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

(podpis)

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní Jaroslavě Pečenkové za cenné rady, pomoc a trpělivost, kterou mi poskytla při vypracování této práce.

Dále bych chtěla poděkovat svým spolupracovníkům z endoskopického pracoviště ve Dvoře Králové nad Labem a všem respondentům za spolupráci při sběru dat.

Poděkování patří také všem členům mé rodiny za jejich toleranci, shovívavost a psychickou podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia.

Obsah

ÚVOD.....	7
Cíle teoretické části.....	8
Teoretická část.....	9
1 Historie endoskopie	10
1.1 Historie endoskopie až ke kolonoskopii	10
1.2 Vývoj endoskopie v Čechách a na Moravě	11
2 Kolonoskopie	13
2.1 Indikace ke kolonoskopii	13
2.2 Kontraindikace kolonoskopie	14
2.3 Příprava pacienta ke kolonoskopii	14
2.3.1 Fyzická příprava	14
2.3.2 Příprava obtížně připravitelných pacientů	15
2.3.3 Příprava ke statimové kolonoskopii	16
2.3.4 Psychologická příprava	17
2.3.5 Farmakologická příprava	17
2.4 Provedení vlastní kolonoskopie	18
2.5 Komplikace kolonoskopie, jejich prevence a řešení	19
2.6 Informovaný souhlas	21
2.7 Význam kolonoskopie ve screeningu a dispenzárních programech.....	22
3 Endoskopická sestra.....	25
3.1 Endoskopická sestra-charakteristika	25
3.2 Úloha endoskopické sestry	26
3.2.1 Úloha sestry v péči o pacienta před kolonoskopií	26
3.2.2 Úloha sestry v péči o pacienta při kolonoskopii.....	27
3.2.3 Úloha sestry v péči o pacienta po kolonoskopii	27
3.2.4 Další povinnosti endoskopické sestry	28
4 Edukace.....	29
4.1 Edukace v ošetrovateství.....	29
4.2 Role sestry edukátorky.....	30
4.3 Realizace edukačního procesu před kolonoskopií	30

Cíle Empirické části.....	32
Empirická část.....	33
5 Zkoumaný soubor a použité metody.....	34
6 Výsledky	35
7 Diskuse.....	62
Závěr	66
Anotace	67
Použitá literatura a prameny	69
Seznam zkratk	72
Seznam grafů	73
Seznam tabulek	74
Seznam obrázků.....	75
Seznam příloh	76
Přílohy.....	77

ÚVOD

Téma své bakalářské práce „Příprava pacienta ke kolonoskopii“ jsem zvolila na základě jedenáctiletých zkušeností získaných praxí na endoskopickém pracovišti ve Dvoře Králové nad Labem, kde se každodenně s touto problematikou setkávám.

Kolonoskopie je endoskopická metoda, pomocí které lze vyšetřit celé tlusté střevo, ale také provádět menší terapeutické zákroky. Úspěch této metody je ve značné míře závislý na dokonalé přípravě a správném poučení pacienta.

V posledních letech, kdy Česká republika zaujímá přední místo ve světových statistikách výskytu kolorektálního karcinomu, podstupuje kolonoskopické vyšetření stále větší množství pacientů v rámci screeningu tohoto onemocnění, ale i dalších chorob postihujících tlusté střevo. Na endoskopické pracoviště často přicházejí pacienti nedostatečně poučení, se strachem a obavami ze samotného výkonu, z přípravy a výsledku vyšetření. Úlohou zdravotníků (lékaře/sestry) je zmírnit tyto jejich nepříjemné pocity.

V popředí mého zájmu tedy je správná příprava na vyšetření a osobní prožitek kolonoskopického vyšetření pacientem. Dále bych chtěla zjistit, zda zdravotníci mohou svým vhodně zvoleným empatickým přístupem, efektivní komunikací a podávanou premedikací přispět k lepší toleranci poměrně nepříjemného a zatěžujícího vyšetření. Neměli bychom tedy zapomenout na skutečnost, že cílem zdravotníků by neměl být jen zdravý pacient, ale také spokojený pacient.

Cíle teoretické části

- Seznámit s historií endoskopie
- Charakterizovat kolonoskopii
- Seznámit s indikacemi a kontraindikacemi kolonoskopie
- Seznámit s přípravou na vyšetření
- Popsat techniku provedení kolonoskopie
- Upozornit na rizika a komplikace
- Zdůraznit význam informovaného souhlasu
- Poukázat na význam kolonoskopie ve screeningu a dispenzárních programech
- Charakterizovat osobnost endoskopické sestry
- Zhodnotit úlohu endoskopické sestry v péči o pacienta před, při a po kolonoskopii
- Seznámit s dalšími povinnostmi endoskopické sestry
- Popsat edukaci
- Poukázat na roli sestry edukátorky
- Seznámit s realizací edukačního procesu před kolonoskopií

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie endoskopie

1.1 Historie endoskopie až ke kolonoskopii

„Historie digestivní endoskopie je fascinující svým zrychlujícím se rozvojem a doslovným prolnutím s klinickou i výzkumnou gastroenterologií. Těžko by se našla druhá technologie, která se tak univerzálně uplatnila v diagnostice i léčbě tolika zcela různých onemocnění a stavů.“ (25, s. 11)

Tvůrcem termínu endoskopie je francouzský urolog Jean Desmoreaux. Slovo endoskopie je odvozeno od řeckých slov endo-uvnitř a skopein-pohled, pohlížení. (1)

Prvopočátky vyšetřování dutých orgánů můžeme zaznamenat už na počátku 19. století, kdy zdrojem světla byla svíčka nebo směs alkoholu s terpentýnem. První zdokumentovaná endoskopie byla provedena v roce 1806 Phillipem Bozzinim ve Frankfurtu nad Mohanem, který vyšetřil močové ústrojí a vaginu tenkou trubicí osvětlenou světlem svíce. (25, 9, 1)

První gastroskop sestrojil v roce 1868 německý lékař Adolf Kussmaul (1822 - 1902), kterým vyšetřoval polykače mečů. V roce 1881 polský chirurg Johan von Mikulicz - Radecki vyvinul a použil gastroskop s osvětleným optickým systémem. (1, 10)

Významnou osobností endoskopie byl ve třicátých letech dvacátého století němec Rudolf Schindler (1888 - 1968). V roce 1923 vydal první ilustrovanou učebnici endoskopie - Lehrbuch und Atlas der Gastroskopie. Spolu s výrobcem nástrojů Georgem Wolfem zkonstruoval v roce 1932 první semiflexibilní gastroskop se soustavou čoček. Semiflexibilní endoskopy byly používány téměř třicet let, do šedesátých a sedmdesátých let minulého století. (9, 1)

Další významné objevy na poli endoskopie byly zaznamenány až v padesátých a šedesátých letech. V roce 1948 představili první barevné endoskopické fotografie Segal a Watson. V roce 1952 v Japonsku vyvinul a zkonstruoval Tatsuno Uji spolu s Olympus Optical Company miniaturní gastrokameru. (9, 1)

V roce 1957 Basila Hirschowitz (1925) se svými spolupracovníky sestrojil a předvedl první vláknový fibroskop pro gastroskopii a přístroj vyzkoušel na sobě. Pořizovací cena přístroje byla 250 amerických dolarů a bylo na něj použito 200 000 skleněných vláken délky 1 m. (9, 1).

„Fibroskopy dominovaly na poli endoskopie jen čtvrt století. Toto období však lze jistě právem a bez nadsázky nazývat zlatým věkem endoskopie!“ (1, s. 20)

Na konci dvacátého století byla vyvinuta technologie videoendoskopie. V roce 1984 byl firmou Welch Allyn Inc. uveden na trh první videoendoskop. Pro přenos obrazu byl použit miniaturní čip a optická vlákna. (1)

Anglický gastroenterolog Paul Swain v roce 2000 sestrojil a předvedl první funkční prototyp endoskopické kapsle pro vyšetření tenkého střeva. (9, 1)

Na počátku 19.století se k vyšetřování dolní části zažívacího traktu používala spekula (zrcadla). Rigidními přístroji se začalo vyšetřovat později. Podle amerických zdrojů začal v roce 1895 pracovat s 30 centimetrovým rigidním rektosigmoidoskopem profesor gynekologie a porodnictví Howard A. Kelly. (9, 1)

Údajně první kolonoskopii fibroskopem provedl Robert Turell v roce 1963. V téže roce Bergein F. Overholt klinicky použil první vláknový kolonoskop, zavádění se prováděla spolknutím vlákna uchyceného na konci přístroje. V květnu 1967 Overholt poprvé předvedl flexibilní sigmoidoskop, který vyvinul ve spolupráci s Eder Instrument Company. (1)

První totální kolonoskopii u člověka provedli v roce 1965 Luciano Provenzale a Antonio Revignas na univerzitě v Cagliari na Sardinii. Na spolknutou polyvinylovou trubičku, která vyšla konečníkem, navlékli Hirschowitzův gastroskop s boční optikou a postupně pronikli do céka (Blankenhornova technika). Tato metoda se pro složitost zavádění neujala. (1, 20)

V roce 1970 firma Olympus uvedla na trh svůj první kolonoskop (CF - SB) s pohybem hlavičky do čtyř světových stran. (1, 20)

Do ileocekální chlopně se poprvé podařilo proniknout v roce 1970, kdy Nagasako a jeho spolupracovníci zhlédli terminální ileum pomocí 2,13 m dlouhého kolonoskopu. (1)

1.2 Vývoj endoskopie v Čechách a na Moravě

Zmínky o historii endoskopie v Čechách jsou velmi strohé. První uváděný Čech endoskopista byl Jan Nepomuk Čermák, který v roce 1858 sestrojil laryngoskop. Prvenství v endoskopování trávicího ústrojí u nás je připisováno brněnskému chirurgovi Jaroslavu Bakešovi, který ve třicátých letech sestrojil peroperační choledochopapiloskop. (9)

Prvními gastroskopisty u nás byli pravděpodobně pražští Němci. Jako první je uváděn Th. Frankl, který prováděl endoskopie již před první světovou válkou v roce 1913. (9)

Vývoj endoskopie v Československu započal seznamováním s digestivní endoskopií ve třicátých letech minulého století. První zkušenosti se Schindlerovým semirigidním endoskopem získali Scheiner, Herfort a Gjurič na I. interní klinice Lékařské fakulty v Praze. Zde vznikla první česká endoskopická škola. Dalším známým endoskopistou zaškoleným na I. interní klinice v Praze byl asistent Pelnářovy II. interní kliniky Z. Mařatka. Na brněnské klinice pracoval první laparoskopista Stanislav Kuthan. (4, 9)

Za II. světové války a dalších dvacet let nedošlo k významnějšímu rozvoji endoskopie celosvětově ani u nás. Přesto i v této těžké době se učili noví endoskopisté. Semiflexibilním gastroskopem systematicky pracoval ve Všeobecné nemocnici v Praze J. Mašek spolu s L. Čermákem. Na počátku padesátých let endoskopoval na IV. interní klinice O. Gregor a M. Fučík. (4, 9)

V roce 1966 začíná v Československu fibroskopická éra v gastroenterologii. Profesor Mařatka obdržel od japonské firmy Olympus první gastrofibroskop a první kolonoskop od americké firmy ACME. V Praze v této době endoskopovali lékaři z I. a II. interní kliniky V. Jirásek, J. Šetka a H. Dvořáková, na Královských Vinohradech J. Chlumský. V Hradci Králové působili endoskopisté B. Fixa a O. Komárková, v Brně J. Obermajer a K. Martínek, v Olomouci Z. Kojecský a L. Bernýšek. (9)

Duodenoskopií a později ERCP se v polovině sedmdesátých let začala věnovat skupina lékařů na pracovišti profesora Herforta - Frič, Kotrlík, Ronský a v Thomayerově nemocnici Skála. První kolonoskopické vyšetření v Československu provedl v roce 1970 v nemocnici na Bulovce J. Nedbal, který také začal provádět první endoskopické polypektomie. (4, 9)

Zavádění terapeutické endoskopie bylo poněkud obtížnější. První endoskopická papilotomie byla provedena v roce 1984 Skálou v IKEM a Dítětem ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. (4, 9)

V současnosti je endoskopie v České republice dostupnou diagnostickou i terapeutickou metodou v oblasti gastrointestinálního traktu. Endoskopická pracoviště jsou rozsahem poskytované péče a vybavením srovnatelná se světem. (25)

2 Kolonoskopie

Kolonoskopie je metoda vyšetření tlustého střeva a konečníku, případně i části terminálního ilea flexibilním endoskopem (optický přístroj k vyšetřování tělních dutin a dutých orgánů) prováděná lékařem endoskopistou. Touto endoskopickou metodou lze diagnostikovat zánětlivé nebo nádorové onemocnění tlustého střeva, ale i odebírat vzorky na histologické vyšetření. (25, 22, 17)

V dnešní době hraje kolonoskopie významnou úlohu v diagnostice a léčbě kolorektálního karcinomu, verifikovaných prekanceróz, screeningových a dispenzárních programech. (25)

2.1 Indikace ke kolonoskopii

Kolonoskopie je zlatým standardem ve vyšetřování chorob tlustého střeva. Indikace ke kolonoskopickému vyšetření jsou vždy v kompetenci lékaře. (17)

Je indikována k vyloučení patologického nebo neurčitého nálezu zjištěného při irigoskopii, ultrasonografii nebo CT, k vyloučení synchronního karcinomu nebo polypů. Dále u pacientů s enteroragií nejasné etiologie, s pozitivním testem na okultní krvácení a nevysvětlitelnou ztrátovou anemií. Kolonoskopie se využívá při diagnostice chronických idiopatických střevních zánětů (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida) a divertikulární choroby. Kolonoskopicky se vyšetřují bolesti břicha, meteorismus, změny rytmu vyprazdňování stolice a průjmy nejasné etiologie. Kolonoskopické vyšetření slouží k diagnostice primárního zdroje při nálezu nádorových metastáz v orgánech dutiny břišní, provádí se jako dispenzární vyšetření u vysokorizikových skupin pro kolorektální karcinom (pozitivní rodinná anamnéza). Důležitá je také kolonoskopie terapeutická (akutní krvácení, polypektomie, extrakce cizího tělesa, dilatace stenóz...). Od začátku roku 2009 se provádí screeningová kolonoskopie v rámci programu prevence kolorektálního karcinomu. (viz kapitola 2.7 Význam kolonoskopie ve screeningu a dispenzárních programech). (22, 17)

2.2 Kontraindikace kolonoskopie

Kolonoskopické vyšetření je spojeno s rizikem možných komplikací, proto je kontraindikováno u některých onemocnění nebo stavů. (25)

Mezi kontraindikace kolonoskopie patří akutní fulminantní průběhy zánětů tlustého střeva (ulcerózní kolitida, Crohnova choroba, ischemická kolitida, atd.) a akutní diverkultida z důvodu rizika perforace střeva. Kontraindikováni jsou pacienti se známkami peritoneálního dráždění nebo peritonitidou, s větším ascitem a peritoneální dialýzou. Kolonoskopie se neprovádí u akutního infarktu myokardu nebo v časných stádiích po něm a u aneurysmatu břišní aorty. Vyšetření se odkládá pacientům podstupujícím radiační terapii s postradiační kolitidou a nemocným, kteří jsou po chirurgickém výkonu na tlustém střevě a malé pánvi (doba kratší než 3 týdny). Další kontraindikací je gravidita, nespolupráce nebo nesouhlas pacienta a v neposlední řadě nedostatečná příprava pacienta. (25, 4, 22)

2.3 Příprava pacienta ke kolonoskopii

2.3.1 Fyzická příprava

Před provedením kolonoskopického vyšetření musí pacient podstoupit přípravu k vyprázdnění celého tlustého střeva. Správná příprava je základem úspěšnosti provedení vyšetření, zmenšuje se riziko komplikací a usnadňuje průběh výkonu. Příprava ke kolonoskopii má určité společné zásady, ale je individuální podle stavu, věku a ochoty pacienta spolupracovat. Pro některé pacienty může být příprava velmi náročná a nepříjemná. Před přípravou a poučením je velmi důležité, aby lékař zjistil, zda pacient trpí zácpou, průjmem, zda pravidelně užívá laxativa, jestli již v minulosti podstoupil kolonoskopické vyšetření a jak probíhala příprava. (22, 17)

Základem standardní přípravy ke kolonoskopii je doporučení diety. Pacientům užívajícím přípravky železa se doporučuje jejich vynechání 7 dní před vyšetřením (organické železo vede k černému zabarvení stolice, která je značně viskózní, může zhoršovat vyprázdnění střeva). Zhruba 3 dny před kolonoskopickým vyšetřením se doporučuje vyloučit zbytkovou stravu, pacienti trpící zácpou by měli dodržovat 2 – 3 dny tekutou dietu. (22)

K vyprázdnění střeva před vyšetřením existuje několik způsobů přípravy, ale žádný však není ideální pro všechny pacienty. Záleží na pracovišti, kterou přípravu k vyprázdnění považuje za optimální. (22)

V poslední době je k vyprazdňování nejčastěji používán výplach 3 – 4 litry izosmolárního elektrolytového roztoku s polyetylglykolem. Přípravek je osmoticky vyvážený a lze jej použít i u pacientů s kardiálním, jaterním a renálním onemocněním. Tento vyprazdňovací roztok je možné pít večer před vyšetřením rychlostí cca 1 l za hodinu, nebo ho podávat nasogastrickou sondou. (22)

Další nejčastější způsob přípravy střeva je pomocí roztoku fosfátových solí. Výhodou tohoto vysoce osmoticky aktivního roztoku je jeho malé množství – 2 x 45 ml, proto je lépe tolerován. Na některých pracovištích se dosud používá v množství 3 x 45 ml. Nevýhodou tohoto roztoku je větší riziko dehydratace a elektrolytové dysbalance. Přípravek je kontraindikován u pacientů s renální nebo kardiální insuficiencí a jaterního onemocnění s ascitem. Fosfátový roztok může též způsobit výskyt aftózních slizničních lézí, které mohou vést u pacientů se suspektním zánětlivým onemocněním střev ke stanovení chybné diagnózy. (22)

K vyprázdnění střeva lze též použít roztok 20 – 40 % MgSO_4 (250ml). Někdy je příprava doplněna klyzmaty, která si může aplikovat pacient sám, nebo je aplikuje sestra 1 – 2 hodiny před vyšetřením. Množství klyzmat je individuální. Před sigmoideoskopií je možné podat mikroklyzma večer před vyšetřením (Yal – hypertonický roztok sorbitolu a docusatu s laxativním účinkem). V případě potřeby se mikroklyzma opakuje. (22)

2.3.2 Příprava obtížně připravitelných pacientů

I při dodržování postupů standardní přípravy se setkáváme s pacienty obtížně připravitelnými. Jedná se zejména o pacienty s chronickou zácpou a abusem projímadel. V těchto případech je lepší efekt s rozložením přípravy o 1 – 2 dny dříve. (18)

Lepší zkušenosti jsou u těchto pacientů s podáváním fosfátových roztoků do celkové dávky 90 ml a podání tzv. pulzního rektálního nálevu (30 minutový nálev čisté teplé vody) před vlastním vyšetřením nebo podání natrium fosfátu jako klyzma v nálevu. Tři dávky fosfátových solí je možné použít jen u pacientů bez rizikových faktorů s monitorací vnitřního prostředí. (18)

V přípravě ke kolonoskopii obtížně připravitelných pacientů se též používá osmotické projímadlo Laktulóza (nevstřebatelný disacharid v dávce 30 ml 48 a 24 hodin před vyšetřením) spolu s fosfátovým roztokem do celkové dávky 90 ml. Dále je možná i příprava v kombinaci podání Laktulózy (30 ml 48 a 24 hodin před výkonem) a fosfátového klyzmatu před vyšetřením. (18)

Pokud je příprava neúspěšná, je vhodné zaměřit se na techniku přípravy pacienta. Je nutné zjistit, jestli si přečetl návod a správně mu porozuměl, zda je schopen přijmout větší objem tekutin, nebo jestli nezačal s přípravou příliš pozdě. Je také důležité pacientům vysvětlit nutnost vysazení obštipancií, tricyklických antidepresiv a kalciových preparátů, které způsobují poruchu evakuace střeva. Dále je potřeba si uvědomit, že hospitalizace predisponuje k horší přípravě. Hůře se vyprazdňují pacienti po cévní mozkové příhodě, s demencí, s jaterní cirhózou, ascitem a imobilní pacienti. (18)

Lepší účinnosti a tolerance přípravy lze dosáhnout přidáním prokinetik (např. Cerucal, itoprid – Ganaton), které ovlivňují motilitu trávicího ústrojí. Prokinetika zvyšují peristaltiku a urychlují průchod střevního obsahu, tlumí nauseu a zvracení. (12, 18)

2.3.3 Příprava ke statimové kolonoskopii

Příprava pacienta ke statimové kolonoskopii při akutním krvácení z nižších partií zažívacího traktu je obtížnější. V minulosti se vyšetření provádělo bez přípravy, výsledky však nebyly dobré kvůli přítomnosti střevního obsahu. V současnosti je možné pacienta k urgentnímu vyšetření připravit perorální laváží po hemodynamické stabilizaci.

K perorální laváží je možné použít nasogastrickou sondu nebo lze první dávku laváže podat při vyšetření gastroskopem přes bioptický kanál do retrobulbární oblasti. (2)

Při přípravě se používají roztoky polyetylglykolu (Fortrans) každých 35 - 45 minut v dávce 1000 ml až do doby, kdy z konečníku odchází jen čirá nebo narůžovělá tekutina. Adekvátně připravené střevo ke statimové kolonoskopii je tak za 3 – 5 hodin při použití 5– 8 litrů vyprazdňovacího roztoku. Výhodou tohoto postupu je možnost včasné diagnózy a okamžité terapeutické intervence již na monitorovaném lůžku jednotky intenzivní péče. Takto provedená příprava nezvyšuje riziko opětovného krvácení ani stabilitu vytvořených koagul. (2)

2.3.4 Psychologická příprava

Psychologická příprava je velmi důležitá pro každého pacienta podstupujícího jakékoliv vyšetření, protože laik vůbec nemá představu, co ho čeká. Její podstatou je poučení pacienta o vlastním vyšetření. Přístup zdravotníků (lékaře/sestry) k pacientovi by měl být vždy vlídný, milý a profesionální. (4, 9)

Pacient často neví, na jaký výkon se má vůbec objednat, dále má obavy z toho, jak se bude připravovat, jak bude kolonoskopie probíhat, obává se i výsledku vyšetření. Na kolonoskopii většinou přicházejí pacienti velmi vystrašení a nervózní, proto je nutné jejich obavy a strach rozptýlit. Vysvětlení smyslu a podstaty celého vyšetření a laskavé slovo je mnohdy lepší než jakýkoliv lék. Empatický přístup zdravotnického personálu je velmi důležitý, zejména ze strany sestry, která s pacientem tráví obvykle více času než lékař. Jejím přínosem je profesionální jednání, poskytnutí kvalitních informací a navození příjemné atmosféry před, během vyšetření a po výkonu. (4, 9)

Součástí psychologické přípravy je také seznámení pacienta s informovaným souhlasem, který je nutné poskytnout v ústní i písemné formě (viz kapitola 2.6 Informovaný souhlas). (9)

2.3.5 Farmakologická příprava

Po přípravě fyzické a psychologické je velmi důležitá příprava farmakologická. Na kolonoskopii přicházejí pacienti se strachem z bolestivého nepříjemného zážitku. Pro pacienta je nejlepší, aby si tento nepříjemný zážitek vůbec nepamatoval, proto se kolonoskopie provádí v analgosedaci. Vyšetření by bylo pro pacienta bez premedikace velmi bolestivé, nechtěl by jej v případě nutnosti již znovu podstoupit. Pokud si pacient přeje kolonoskopické vyšetření provést bez analgosedace a v průběhu výkonu změni názor, je možné medikaci podat během vyšetření (už od počátku vyšetření je zaveden trvalý žilní přístup, který se nechává i v době dospívání po vyšetření). O analgosedaci rozhoduje lékař, který výkon provádí (přistupuje individuálně ke každému pacientovi). Někdy je nutná spolupráce s anesteziologem. (22, 9)

V rámci premedikace ke kolonoskopii se na většině endoskopických pracovištích podávají benzodiazepiny a analgetika. K lehčí nebo střední analgosedaci se používá midazolam, na trh dodávaný pod názvem Dormicum. Podává se obvykle bolusově v dávce

2,5 – 5 mg, má mírný efekt sedativní a silný amnestický (většinou způsobí retrográdní amnézii), nemá analgetický efekt. Mezi nežádoucí účinky Dormica patří útlum až zástava dechu (viz kapitola 2.5 Komplikace kolonoskopie, prevence a jejich řešení), dále nausea a pocit nadměrné únavy po skončení vyšetření. Možnost rychlého vyvázání po skončení kolonoskopie je podání Flumazenilu. K dosažení analgetického efektu je midazolam obvykle kombinován s Fentanylem (krátkodobě účinný opioid) v dávce 50-100 µg i.v. Při předávkování je možné vyvázání naloxonem. Kromě analgetik a sedativ se v průběhu vyšetření podávají i spasmolytika (u spastického střeva), ke zlepšení přehledu vyšetřované oblasti, obvykle v dávce 20–40 mg butylscopolaminu (Buscopan). (4, 22, 16)

Každý lék, který se podává v rámci premedikace, může vyvolat u pacienta nežádoucí účinky. Endoskopické pracoviště musí být vybaveno tak, aby bylo schopné každou vzniklou komplikaci zvládnout. (9)

2.4 Provedení vlastní kolonoskopie

Kolonskopický přístroj (délky 160-170 cm) lékař zavádí pacientovi v poloze na levém boku, po předchozím zvlhčení zaváděné části přístroje nejčastěji Mesocain gelem. Před výkonem lékař vyšetří pacienta digitálně per rektum, aby se přesvědčil, zda nebude zavedení kolonoskopu pro pacienta bolestivé. Při zavádění je potřeba postupovat zvlášť opatrně při nálezu anální fisury nebo stenózy, hmatné rezistenci v konečníku, u pacientů se zvětšenou prostatou. Vyšetření per rektum do určité míry připravuje pacienta na zavedení vlastního přístroje. Někteří endoskopisté před zavedením vlastního kolonoskopu nejprve provedou vyšetření rigidním anoskopem. (4, 22)

Přístroj je zaveden šetrně přes svěrače do anu, dále do sigmoidea, sestupného tračníku, slezinného ohbí, příčného tračníku, jaterního ohbí, vzestupného tračníku, až do céka. Při vyšetření se lékař snaží o rychlé a bezbolestné dosažení céka. Kolonoskop je zasouván pozvolna za současné insuflace vzduchu. Hlavním cílem je stanovení přesné diagnózy. U některých pacientů asistující sestra pomáhá zevním tlakem na stěnu břišní k fixaci střevních kliček, někdy je pacient polohován z boku na záda nebo druhý bok. Céka se lékař snaží dosáhnout za opakovaného odsávání, minimalizace insuflace, zkracování a narovnávání kolonoskopu. (4, 22)

U více než 90% vyšetření je provedena totální kolonoskopie. Úspěšnost výkonu je podmíněna zkušeností endoskopisty, sešrností endoskopického týmu, dobrou přípravou

střeva a spoluprací pacienta. Obtížně technicky proveditelná (asi 20%) je kolonoskopie u pacientů po předchozích břišních operacích (gynekologické, gangrenózní appendektomie...), divertikulóze. Nproveditelná je kolonoskopie u stenóz. Alternativou s velmi nízkým procentem komplikací je v těchto případech dvoukontrastní irigoskopie.

(22)

V průběhu vyšetření se hodnotí jednotlivé úseky střeva, v rektu se provádí iverze přístroje k vyloučení patologických změn v distální části. U některých onemocnění (např. Crohnova choroba) se lékař snaží Bauhinskou chlopní proniknout do terminálního ilea a zhodnotit sliznici, popřípadě odebrat biopsii na histologické vyšetření. Množství polypů nebo počínajících karcinomů je možné při zavádění přístroje přehlédnout, proto se definitivní posouzení nálezu provádí při vysouvání kolonoskopu velmi pečlivým prohlížením sliznice s co největší redukcí slepých míst. Toto je nejdůležitější část kolonoskopického vyšetření. K pečlivému prohlédnutí některých míst (ohyby) je nutné opakované zavedení přístroje nebo změna polohy pacienta. (22)

Lékař, který kolonoskopii provádí, hodnotí vzhled a barvu sliznice, cévní kresbu, abnormální střevní obsah, detailně prohlíží patologické nálezy. Z patologických nálezů se k diagnostickým účelům odebírá různý počet biopsií podle druhu a rozsahu nálezu. Několik vzorků z každého střevního segmentu se odebírá při etážové biopsii. Po ukončení vyšetření lékař sdělí pacientovi výsledky vyšetření, výsledky histologického vyšetření jsou známy zhruba do 14 dnů a jsou pacientovi k dispozici při naplánované kontrole. (22)

2.5 Komplikace kolonoskopie, jejich prevence a řešení

V současnosti se v endoskopii provádí široké spektrum výkonů, ale i přes velkou technickou dokonalost jsou stále spojeny s riziky možných komplikací. Komplikace endoskopických výkonů můžeme rozdělit na obecné a specifické. (9)

Mezi obecné komplikace endoskopických metod řadíme alergické reakce, kardiorepirační a infekční. Ke specifickým komplikacím dochází nejčastěji při léčebných endoskopických zákrocích. (9)

K alergické nebo idiosynkratické reakci může dojít po premedikaci. Velmi důležitý je odběr anamnézy před každým vyšetřením lékařem nebo sestrou. Významné jsou údaje o alergiích, onemocněních a užívaných lécích. (22, 9)

Ke kardiopulmonální komplikaci dochází v důsledku hypoxémie v průběhu endoskopie. Je to bezprostředně život ohrožující komplikace, kdy je utlumeno dechové centrum při podání analgosedace (kombinace midazolamu s Fentanylem). V rámci prevence této komplikace je každý pacient v průběhu kolonoskopie monitorován (pulsní oxymetrie, event. EKG). (22, 9)

Velmi závažné jsou infekční komplikace. Riziko bakteriémie u kolonoskopií bývá kolem 10 %, u terapeutických výkonů stoupá téměř na 50%. Možnost vzniku infekčních komplikací se zvyšuje přítomností onemocnění jako imunosuprese, srdeční vady nebo chlopenní náhrady a diabetes mellitus. U pacientů s rizikem infekčních komplikací se profylakticky podávají širokospektrá antibiotika nebo chemoterapeutika intravenózně hodinu před vyšetřením, nebo dále po dobu 24 hodin. (22, 9)

Při diagnostické kolonoskopii dochází velmi vzácně ke komplikaci vlastního kolonoskopického výkonu (perforaci střeva, časnému nebo pozdnímu krvácení po biopsii nebo polypektomii). (22, 9)

Perforace může být nejčastěji způsobena při použití nepřiměřené síly během zavádění přístroje (v oblasti apexu sigmoidea, v přechodu sigmoideum–descendens a lileální flexury). K pneumatické perforaci může dojít při enormní insuflaci v průběhu vyšetření. Rizikem perforace jsou ohroženi pacienti s pokročilou divertikulózou, adhezemi po předchozích operacích, pacienti s idiopatickými střevními záněty a pacienti s nedokonalou přípravou. (22)

Nadměrná insuflace může zapříčinit bolesti břicha po kolonoskopii. Endoskopující lékař by se měl snažit vzduch odsávat průběžně při vysouvání přístroje s maximem před vytažením kolonoskopu. Pokud se u pacienta za několik hodin po vyšetření objeví bolesti břicha, porucha odchodu plynů, zvýšená teplota, leukocytóza a při fyzikálním vyšetření břicha známky peritoneálního dráždění, je nutné neodkladně provést rentgenový nativní snímek břicha. V případě nálezů pneumoperitonea se velmi pravděpodobně jedná o perforaci střeva. Perforace střeva vždy vyžaduje chirurgické řešení. (22)

Krvácení bývá nejčastější komplikací biopsie nebo polypektomie, zejména u velkých přisedlých polypů. Může to být způsobeno poruchou koagulace nebo nedostatečným ošetřením stopky po polypektomii. Před každým kolonoskopickým vyšetřením je proto nezbytné provést koagulační vyšetření – Quick, APTT, trombocyty a vyšetření na známky DIC (diseminovaná intravaskulární koagulace). Krvácející stopka se znovu ošetří koagulací kličkou, klipem nebo opichem adrenalinem (1:10 000). Na větší krvácející léze se používá termosonda. Po polypektomii široce přisedlých polypů se může po několika

hodinách objevit tzv. postpolypektomický syndrom, který se projevuje lokálním drážděním pobřišnice a teplotou. Většinou odezní bez léčby. (22, 9)

Riziko krvácivé komplikace mohou zvyšovat některé léky (Warfarin, Heparin, Anopyrin, Aspirin...). Salyciláty zvyšující riziko krvácení je třeba týden před vyšetřením přechodně vysadit. Pacienti s kontinuální antikoagulační léčbou Warfarinem musí být převedeni za hospitalizace na Fraxiparin. (22, 2)

Prevence možných komplikací by se neměla podceňovat. Základem provádění všech endoskopických výkonů je dokonale erudovaný lékař endoskopista a endoskopická sestra. (9)

S možnými komplikacemi je pacient dopodrobna informován v rámci poučení před vyšetřením. Na základě obdržených informací pacient podepisuje tzv. informovaný souhlas s kolonoskopickým vyšetřením. Zde je popsán nejen důvod, technika a průběh vyšetření, ale i komplikace s ním spojené. (9)

2.6 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je důležitý nástroj v poskytování informací. Jeho smyslem je poučení pacienta, umožnění potřebné léčby a péče a poskytnutí právní ochrany lékaři v případném soudním jednání. V současnosti se nesmí žádné vyšetření provádět bez informovaného souhlasu pacienta. Pacient má právo se rozhodnout, zda bude chtít vyšetření podstoupit, nebo zda jej odmítne. Informace a informovaný souhlas obdrží pacient od ošetřujícího lékaře a dalších zdravotnických pracovníků vždy před vyšetřením v dostatečném časovém intervalu k prostudování a případným dotazům. Standardizace informovaného souhlasu je zakotvena ve vyhlášce 64/2007 Sb., ze dne 26. března 2007, kterou se mění vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Souhlas musí obsahovat poučení o účelu, povaze, důsledcích, rizicích vyšetření a možných alternativách. Poučuje se pacient nebo jeho zákonný zástupce. (19, 6)

Seznámení pacienta s informovaným souhlasem a jeho podepsání je součástí psychologické přípravy před kolonoskopií. Informovaný souhlas s kolonoskopickým vyšetřením je vždy v písemné podobě po předchozích ústně prezentovaných informacích. Pacientovi je vysvětlen význam a průběh kolonoskopie, jsou mu vysvětleny možné komplikace. Souhlas obsahuje datum vyšetření, identifikační údaje o pacientovi, základní informace o kolonoskopii, možných komplikacích po vyšetření, doporučení o chování po

vyšetření (příjem potravy, zákaz řízení motorových vozidel po podání analgosedace, požívání alkoholu, klidový režim), možné alternativy vyšetření a kontaktní telefonní číslo, na které se nemocný může obrátit v případě pozdních komplikací. Pacient musí mít k prostudování informovaného souhlasu dostatečný časový prostor. Informovaný souhlas podepisuje pacient nebo jeho zákonný zástupce po objasnění případných nejasností a zodpovězení dotazů lékařem. (25, 22, 19, 6)

Za kvalitní a potřebné informace o kolonoskopickém vyšetření vždy zodpovídá ošetřující lékař, nebo následně lékař, který výkon provádí. Informace mohou též poskytnout podle právních předpisů i další zdravotničtí pracovníci (endoskopická sestra), kteří se účastní na léčbě a péči o pacienta v rámci profesně stanovených odborných kompetencí. Kompetence jsou vymezeny vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (§3). (6, 15)

Informovaný souhlas s vyšetřením může pacient dle Úmluvy o biomedicíně kdykoli svobodně odvolat bez udání důvodu. Lékař, který nemůže výkon provést, jej však musí seznámit s důsledky tohoto rozhodnutí. Odvolání souhlasu s vyšetřením musí být v písemné podobě (negativní revers). (6)

Česká gastroenterologická společnost v současné době pracuje na standardizaci informovaných souhlasů pro endoskopické výkony. (22)

2.7 Význam kolonoskopie ve screeningu a dispenzárních programech

Česká republika se řadí v celosvětových statistikách na přední místo ve výskytu a úmrtnosti na kolorektální karcinom. Každoročně touto závažnou chorobou onemocní 8000 pacientů a 5000 jich zemře. Kolorektální karcinom je prevencí velmi dobře ovlivnitelný a léčitelný, přesto bývá často diagnostikován až v pokročilém stadiu. Představuje jeden z nejzávažnějších zdravotnických problémů. (24)

V současnosti se používá kolonoskopie jako jedna ze tří screeningových metod. Hlavním cílem screeningu kolorektálního karcinomu je zvýšit včasný záchyt zhoubných nádorů kolorekta a pokročilých adenomů (velikost > 10 mm, tubovilózní, virózní, dysplastické změny vysokého stupně) a snížit úmrtnost a incidenci tohoto onemocnění. (24)

Screening kolorektálního karcinomu byl na celostátní úrovni zahájen v roce 2000. Zpočátku byl program dvouetapový. Nejprve se provedl guajakový test na okultní krvácení

(dále jen TOKS) každé dva roky u asymptomatických osob starších 50 let v rámci prevence u praktického lékaře a na základě pozitivity se indikovala kolonoskopie. Na začátku roku 2009 došlo k úpravě screeningového programu na základě Věstníku MZ ČR (částka 1, ročník 2009). Program je nadále určen pro asymptomatické osoby ve věku od 50 do 54 let. Těmto jedincům je nabízen guajakový nebo imunochemický TOKS v jednoletém intervalu. Při pozitivním TOKS se provede primární screeningová kolonoskopie. (24)

Osoby starší 55 let mají možnost volby. Opakovaně se provede TOKS ve dvouletém intervalu nebo primární screeningová kolonoskopie jako alternativní metoda testu v desetiletém intervalu. Každý pacient screeningového programu, který chce podstoupit kolonoskopii na jiném endoskopickém pracovišti v kratším intervalu, než který byl doporučen lékařem nebo screeningovým programem, si musí toto další vyšetření sám uhradit. (24, 8)

V současné době bylo pro screening kolorektálního karcinomu v České republice vytvořeno několik desítek center pro screeningovou kolonoskopii. Tato centra musí splňovat „Standardy při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorekta v České republice“. Jejich práci průběžně monitorují a kontrolují dvě nezávislé komise: Rada pro screening kolorektálního karcinomu a Komise pro screening kolorektálního karcinomu při Ministerstvu zdravotnictví ČR. (24, 8)

Do screeningu kolorektálního karcinomu se kromě praktických lékařů a gastroenterologů zapojili také gynekologové, kteří TOKS nabízejí svým pacientkám příslušných věkových skupin v rámci preventivních gynekologických prohlídek. (24)

Pro pacienty s pozitivní osobní, nebo rodinnou anamnézou rizika kolorektálního karcinomu jsou vypracovány jednotlivé dispenzární programy, které se liší podle stupně rizika. V současnosti je formulace a interpretace těchto programů nejednotná, nejsou dostatečně plněny, nebo nejsou vůbec realizovány. Více o kolorektálním karcinomu v příloze č. 1. (8, 21)

Dispenzární programy se týkají těchto vysokorizikových skupin, u nichž se provádí kolonoskopie:

- všechny formy difuzní střevní polypózy (familiární adenomová polypóza, Gardnerův syndrom, Turcotův syndrom – totální kolonoskopie od 11 -12 let každé 2 – 3 roky)
- syndrom hereditárního nonpolypózního karcinomu (kolonoskopie každé 2 - 3 roky od 20 let života)

- výskyt kolorektálního karcinomu u příbuzných prvního stupně (screening začíná ve věku 35 let, dále dle počtu postižených příbuzných a věku nejmladšího postiženého)
- adenom u nejbližších příbuzných a kolorektální karcinom u vzdálených příbuzných (screening začíná ve věku 35 let)
- stav po kurativní resekci kolorektálního karcinomu (totální kolonoskopie v jednoročním intervalu po dobu 3-5 let)
- nespecifické střevní záněty (Crohnova nemoc, idiopatická proktokolitida, u pankolitidy od 8 let po vzniku onemocnění, u postižení levé části tračníku 15 let od vzniku onemocnění) (25)

3 Endoskopická sestra

3.1 Endoskopická sestra-charakteristika

Endoskopie je velmi specializované odvětví medicíny. V tomto oboru by měly pracovat sestry se znalostmi medicínskými a ošetrovatelsky erudované, které již mají zkušenosti z práce s pacienty. Podmínkou úzké spolupráce endoskopického týmu (lékař-sestra) je dokonalá souhra, kde není potřeba slov. (4)

Endoskopická sestra podle Zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních dle § 54 získává svou specializaci na základě certifikovaného kurzu „Specifická ošetrovatelská péče při endoskopických vyšetřovacích a léčebných metodách zažívacího traktu“ v rámci celoživotního vzdělávání. Teoretickou část kurzu absolvuje podle vzdělávacího programu v akreditovaném zařízení (např. NCO NZO Brno) a praktickou část vykonáním odborné stáže na některém akreditovaném endoskopickém pracovišti (např. FN HK). Absolvováním certifikovaného kurzu získá endoskopická sestra specializovanou odbornou způsobilost (§ 61), o absolvování kurzu obdrží certifikát (§ 64). (14, 13)

Sestra je první člověk, se kterým se pacient po příchodu na endoskopii setká. Velmi důležité je umět naslouchat, vzbudit důvěru a uvědomovat si potřebu lidského přístupu. Endoskopická sestra by tedy měla mít vhodné osobní vlastnosti a základní psychoterapeutické znalosti. (4)

Při asistenci u endoskopických výkonů a v péči o přístroje je u sestry důležitá manuální zručnost, cit a respekt k přístrojům. Dále její důkladnost, pečlivost a zodpovědnost. Každé porušení standardního postupu může mít nedozírné následky. (4)

Při endoskopických výkonech se kromě diagnostiky občas vyskytnou i dost dramatické situace. Proto je třeba, aby endoskopická sestra byla klidná, vyrovnaná a rozvážná. Pokud má k výše uvedeným vlastnostem ještě optimismus a smysl pro humor, je to v tomto případě to nejlepší, co si může pacient a lékař endoskopista přát. (4)

Endoskopie je velmi namáhavý obor. Při vyšetřeních vyšetřující i asistující sestra stojí i několik hodin v nepřírodných pozicích s omezením jakéhokoli pohybu. Denně podstupuje fyzicky náročný výkon, který může končit ortostatickým kolapsem. Toto povolání by proto měly vykonávat sestry dobře fyzicky zdatné a zdravé. Namáhavou práci by měly kompenzovat ve svém volném čase doplňkovými sporty, saunou či masáží. (4)

3.2 Úloha endoskopické sestry

Provoz endoskopického pracoviště by nebyl možný bez endoskopické sestry. Hlavní úlohou endoskopické sestry je péče o pacienta před, při a po vyšetření a obsluha endoskopické techniky a péče o ni. Kromě hlavních úkolů má endoskopická sestra ještě mnoho dalších povinností. Mezi její další povinnosti patří objednávání pacientů a organizování endoskopického programu. Dále připravuje endoskopickou vyšetřovnu k výkonům, desinfikuje endoskopické přístroje a instrumentárium. Po ukončení programu odesílá bioptický materiál a zprávy. Pečlivě vede dokumentaci a v neposlední řadě informuje pacienty o endoskopickém vyšetření. Svě práci by se endoskopická sestra měla věnovat na plný pracovní úvazek. Je optimální, aby na endoskopickém pracovišti byly k dispozici alespoň dvě endoskopické sestry pro všechny endoskopické výkony. Není to však podmínkou. Větší počet sester umožňuje vzájemnou zastupitelnost a kvalitnější péči o pacienty. (4)

3.2.1 Úloha sestry v péči o pacienta před kolonoskopií

Významnou úlohu má endoskopická sestra v péči o pacienta před vyšetřením. Svým profesionálním chováním a vhodným rozhovorem kladně působí na psychiku pacienta. Je velmi nutné získat ho ke spolupráci při vyšetření a rozptýlit jeho obavy, aby se předešlo případným problémům. (4, 5)

Velmi důležité také je, aby zjistila, zda pacient řádně absolvoval požadovanou přípravu před vyšetřením, zda má k dispozici potřebnou dokumentaci, zeptá se na užívané léky, které by mohly ovlivnit průběh výkonu (např. antikoagulancia). Dále znovu odebere alergickou anamnézu a zjistí, zda už absolvoval kolonoskopii, jak ji snášel a s jakými závažnými onemocněními se pacient léčí (diabetes, srdeční onemocnění, atd.). Přesvědčí se, zda má zajištěný doprovod po vyšetření a převezme si od něj podepsaný informovaný souhlas. (4, 5)

Sestra vyzve pacienta, aby se v převlékací kabině svlékl od pasu dolů (ke kolonoskopii se na některých pracovištích pacienti převlékají do speciálně upravených kalhot s otvorem vzadu), starým a méně pohyblivým pacientům pomáhá. Bezprostředně před vyšetřením zavede pacientovi kanylu a aplikuje analgosedaci dle ordinace lékaře. (4)

3.2.2 Úloha sestry v péči o pacienta při kolonoskopii

Endoskopická sestra je přítomna během celého vyšetření. Od pacienta odbíhá jen výjimečně, a to v případě odebírání vzorků, nebo při přípravě další medikace. Po celou dobu vyšetření sleduje základní funkce pacienta, především dýchání (kontinuální měření saturace O₂ pulzním oxymetrem) a tep, veškeré změny jeho stavu hlásí včas lékaři.

U rizikových pacientů sestra provádí monitorování krevního tlaku a EKG. Pokud saturace O₂ poklesne pod 90%, zajistí kyslíkovou podporu. (4, 22, 5)

Při kolonoskopii pacientovi pomáhá zaujmout požadovanou polohu a palpací břicha napomáhá zavádění přístroje. Vlídým rozhovorem uklidňuje nemocného, snaží se potlačit jeho obavy a strach. V průběhu celého vyšetření podává potřebné léky dle ordinace lékaře a poučuje pacienta o správném dýchání. (4, 5)

Endoskopická sestra je při vyšetření maximálně koncentrována, sleduje celý průběh vyšetření a dbá na pokyny lékaře. (4)

3.2.3 Úloha sestry v péči o pacienta po kolonoskopii

Péče o pacienta po výkonu je v hlavní režii sestry, pomáhá mu navrátit se do normálního stavu. U mladších pacientů se vše většinou obejde bez problémů, starším sestra pomáhá obléknout se a slézt z vyšetřovacího stolu. V případě potřeby je očistí (stolice, krev). (4)

Endoskopická sestra je osobně nebo s pomocí sanitáře doprovodí, nebo odveze na vozíku k odpočinku do dospávací místnosti. Zde je kontroluje až do jejich odchodu. Doba na dospání je různá, od 30 minut do několika hodin (záleží na věku, celkovém stavu, náročnosti, délce a obtížnosti vyšetření i na reakci na podanou analgosedaci). (4, 22)

Po náročných a komplikovaných výkonech sleduje vitální funkce pacienta (TK, P, D, vědomí) a měří saturaci O₂ až do upravení stavu. Diabetikům, léčeným inzulinem, aplikuje vynechanou ranní dávku a dbá na to, aby se najedli. Pokud je pacient fyzicky i psychicky v pořádku, hospitalizovanému zajistí odvoz na příslušné oddělení, ambulantního pacienta předá jeho doprovodu. Pacienta, nebo jeho doprovod poučí o chování po vyšetření. Více v kapitole č. 4.3 Realizace edukačního procesu před kolonoskopií. (4, 22, 5)

3.2.4 Další povinnosti endoskopické sestry

Objednávání pacientů na endoskopické vyšetření se většinou děje telefonicky. Endoskopická sestra musí v krátkém čase zjistit a zajistit základní údaje o pacientovi (jméno, rodné číslo, odesílajícího lékaře), naléhavost indikace (krváčení, ikterus, podezření z malignity), základní zdravotní informace o pacientovi (diabetes, vysoký TK, imobilita, jiná závažná onemocnění), řádné vyšetření před výkonem a dodání potřebné dokumentace (krevní skupina, protrombinový čas a APTT před polypektomií). (4)

Na základě objednávání po domluvě s lékařem sestavuje endoskopická sestra program vyšetřovacího dne. Plánování endoskopického programu vyžaduje od endoskopické sestry značnou dávku diplomacie, organizačních schopností, zkušeností, taktu a rozhodnosti. V programu musí sestra upřednostnit pacienty, jejichž zdravotní stav to vyžaduje (diabetici na inzulinu, nemocní se závažným onemocněním, ve špatném stavu) a urgentní případy, jejichž řešení nelze odložit do druhého dne. Na většině pracovišť je pro akutní situace zajištěna mimo pracovní dobu příslužba endoskopického týmu na telefonu. (4)

Základním předpokladem klidného a úspěšného průběhu vyšetření je dokonalá příprava pracoviště, endoskopických přístrojů a příslušenství. Je nemyslitelné, aby během vyšetření cokoliv chybělo, nebo nefungovalo. Přístroje i instrumentária musí být před každým výkonem odzkoušeny (fungující osvětlení, insuflace, odsávání, oplach optiky, odzkoušení kleští, kliček, košíků apod.). (4)

Po ukončení programu endoskopická sestra shromáždí odebrané bioptické vzorky. V průběhu celého programu pečlivě a řádně označuje nádobky na biopsii, aby nedošlo k záměně nebo ztrátě. (4)

Téměř ve všech zdravotnických zařízeních je již veškerá dokumentace vedena elektronicky. Přesto je nutné písemné zprávy a došlé bioptické nálezy archivovat. Sestra většinou obstarává vedení kartotéky a celou agendu pojišťovny. Na její pečlivosti a znalostech vedení potřebné dokumentace velmi často závisí i ekonomický výsledek endoskopického pracoviště. (4)

4 Edukace

4.1 Edukace v ošetrovateľství

Pojem edukace pochází z latinského slova *educare*, *educare* – vést vpřed, vychovávat. Edukace je proces, jehož cílem je navodit pozitivní změny ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech jedince neustálým ovlivňováním jeho chování a jednání. Edukace je tedy vzdělávání a výchova jedince. (7)

V ošetrovateľství edukací rozumíme zdravotní výchovu a vzdělávání pacienta, případně jeho rodiny, komunity. Edukace je součástí ošetrovateľského procesu, v ošetrovateľství má nezastupitelný význam. Může být zaměřena na různé oblasti (např. provádění sebek péče, obnovení nebo zachování soběstačnosti, na primární nebo sekundární prevenci). Edukace je nejefektivnější, pokud je přizpůsobena zdravotnímu stavu, individuálním potřebám, osobním zkušenostem osobnosti, sociálnímu nebo kulturnímu prostředí pacienta.

Ve zdravotnictví pomáhá předcházet nemocem, udržet nebo navrátit zdraví a zlepšit kvalitu života. (7, 23)

Jak uvádí Juřeníková a Závodná, edukátor je člověk, který je aktivním účastníkem výuky (např. učitel, vychovatel), ve zdravotnictví je to celý multidisciplinární tým (lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut atd). Edukantem je označován jakýkoliv subjekt učení (např. žák), v nemocnici je to zdravý nebo nemocný pacient poučený zdravotníkem. (7, 23)

Místem, kde probíhá edukace, je edukační prostředí, kterým je ve zdravotnictví nejčastěji ambulance, ordinace praktického lékaře nebo nemocniční lůžko. V nemocničním prostředí je třeba zachovávat intimitu pacienta a eliminovat všechny rušivé podněty. (7, 23)

Proces edukace se ve zdravotnictví většinou dělí na 5 fází:

- Fáze diagnostiky – získávání informací o pacientovi (pozorování, rozhovor)
- Fáze projektování – stanovení ošetrovateľské diagnózy, plánování ošetrovateľské péče
- Fáze realizace – realizace ošetrovateľského plánu
- Fáze upevňování a prohlubování učiva – uchování vědomostí v dlouhodobé paměti
- Fáze zpětné vazby – hodnocení výsledků ošetrovateľské péče (7)

4.2 Role sestry edukátorky

Sestra diagnostikuje edukační potřeby pacienta, realizuje, koordinuje, hodnotí je a vytváří edukační materiály. Jako edukátor poskytuje pacientovi vědomosti a zkušenosti, radí mu a podporuje ho. Je to uloženo vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (§4). (7, 15)

V ošetrovatelství je edukace založena na komunikaci a zpětné vazbě mezi sestrou (edukátorem) a pacientem (edukantem). Pro komunikaci s pacientem musí mít sestra dobré komunikační znalosti a dovednosti. Vzájemná komunikace musí být jednoduchá, výstižná, správně načasovaná, přizpůsobená individuálním znalostem a schopnostem pacienta. Měla by mluvit jasně a srozumitelně, používat co nejméně odborných termínů, popřípadě odbornou terminologii vysvětlit. (7)

4.3 Realizace edukačního procesu před kolonoskopií

Při přípravě ke kolonoskopii je edukace jedním z důležitých procesů, které napomáhají k úspěšnému zvládnutí přípravy a provedení vyšetření. Z psychologického hlediska napomáhá ke zklidnění pacienta a zbavuje ho strachu z vyšetření. (7)

Edukace před kolonoskopií je vedena lékařem a endoskopickou nebo všeobecnou sestrou. V současné době však edukaci ve větší míře provádí endoskopická/všeobecná sestra, protože je s pacientem v největším kontaktu. Edukace probíhá na základě vyhodnocení informací o pacientovi a stanovení edukační diagnózy - Deficitní znalost - 00126 (NANDA II. domény) - nedostatečná informovanost o vyšetření a jeho možných komplikacích, nedostatek edukačního materiálu, žádost o informace. (7, 11)

Cílem edukace je, aby pacient získal základní informace o kolonoskopii, o přípravě k vyšetření, o průběhu výkonu, o možných rizicích a komplikacích a režimovém opatření po kolonoskopii. (4, 7)

S novými informacemi by měl pacient být seznamován v klidném prostředí, jejich podání by mělo být načasované tak, aby je v dostatečném čase vstřebal. Informace podávané pacientovi musí být jednoduché, stručné, zřetelné, přizpůsobené věku, zdravotnímu stavu a jeho schopnosti vnímat. (7)

Nejčastěji se při edukaci využívá techniky rozhovoru, diskuse a poskytnutí informačních materiálů – letáků, brožurek. K názorné edukaci lze na endoskopických pracovištích využít plastické modely zažívacího ústrojí. Pacientovi může být nabídnut

i odkaz na některé internetové stránky, kde může shlédnout kolonoskopii online. Edukačním prostředím je endoskopická ambulance, ambulance praktického lékaře nebo pokoj pacienta. Edukace k přípravě ke kolonoskopii probíhá formou individuální, je vždy přizpůsobená konkrétnímu pacientovi. Při edukaci se nepoužívají latinské a jiné neznámé výrazy, kterým nemůže rozumět. (7)

Nejprve jsou pacientovi poskytnuty informace o kolonoskopickém vyšetření, jeho podstatě, účelu a výhodách. Dále je lékařem/sestrou poučen o průběhu kolonoskopického vyšetření. Vysvětlí mu techniku vyšetření, v jaké poloze a na kterém boku bude vyšetření prováděno, jaký přístroj bude použit a jak hluboko se bude zavádět. Seznámí ho s podávanou premedikací, jejím významem, s riziky a možnými komplikacemi vyšetření. Je také nutné pacientovi vysvětlit, že v průběhu vyšetření se mohou odebírat vzorky biopsie na histologické vyšetření a k čemu se tyto odběry provádějí. V této části se zjišťuje úroveň znalostí pacienta o kolonoskopickém vyšetření, následuje nezbytná diskuse a zodpovězení dotazů. (4, 9)

Další část edukace je zaměřena na fyzickou přípravu ke kolonoskopii. Je to jedna z nejdůležitějších částí edukace, protože dobrá příprava je klíčová pro efektivní provedení kolonoskopie. Pacient je poučen o potravinách, které nesmí 5 dnů před vyšetřením konzumovat a lécích, které má vysadit. Dále je edukován o dietním opatření den před vyšetřením a užití kolonoskopických roztoků. Následně opět proběhne diskuse a zodpovězení případných dotazů. (22)

Poslední část edukace je zaměřena na režimová opatření po vyšetření. Pacient musí být poučen, kdy může po vyšetření jíst a pít, kdy smí vstát z lůžka, o 24 hodinovém klidovém režimu po vyšetření a zákazu řízení motorových vozidel po dobu 12 hodin od podání analgesie. Dále o zajištění doprovodu (odvozu) po vyšetření a o možnosti hospitalizace po některých komplikovaných výkonech. Pro případ pozdních komplikací jsou ambulantnímu pacientovi poskytnuty telefonické kontakty na příslušné endoskopické pracoviště. Na závěr dá lékař/sestra opět prostor k diskusi, následuje zodpovězení případných dotazů a zpětná vazba, zda pacient danému tématu porozuměl. (9, 22)

Sestra nezapomene nabídnout pacientovi informační leták nebo brožuru, kterou si odnese k prostudování domů. Informační materiál obsahuje všechny výše uvedené informace. (4)

Cíle empirické části

- zjistit míru informovanosti pacientů o kolonoskopii
- získat informace o dostatečnosti přípravy
- zjistit míru strachu u pacientů, kteří podstoupili kolonoskopii
- zjistit, zda má správná komunikace zdravotníků vliv na zvládání strachu pacientů
- zjistit intenzitu bolesti
- zjistit, zda analgosedace přispívá k lepší toleranci vyšetření
- zjistit, zda má správný přístup zdravotníků vliv na psychiku pacientů
- zjistit, co bylo pro pacienty z jejich pohledu při absolvování kolonoskopie nejobtížnější/nejtěžší
- zjistit, co bylo pro pacienty z jejich pohledu při kolonoskopickém vyšetření nejdůležitější
- zjistit míru spokojenosti a důvody případné nespokojenosti pacientů s kolonoskopií
- na základě zjištěných výsledků vytvořit informační brožuru

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Zkoumaný soubor a použité metody

Výzkumné šetření jsem prováděla na Endoskopickém pracovišti Městské nemocnice a.s. Dvůr Králové nad Labem od začátku měsíce září 2010 do konce prosince 2010. Vlastní výzkum jsem započala po písemném souhlasu s provedením šetření od hlavní sestry Městské Nemocnice a. s., Dvůr Králové nad Labem Jany Holanové.

Výzkumný soubor tvořili na základě dostupnosti ambulantní a hospitalizovaní pacienti ve věku nad 16 let, kteří podstoupili kolonoskopické vyšetření. Bylo rozdáno celkem 90 dotazníků, návratnost byla 100%. Pro neúplnost údajů byly 4 dotazníky vyřazeny.

Ke zpracování údajů jsem získala 86 dotazníků. Zkoumaný soubor tedy tvořilo 86 dotazovaných respondentů. Z důvodu podání analgosedace byl dotazník rozdáván k vyplnění ambulantním respondentům při následující kontrole. Hospitalizovaní pacienti byli osloveni druhý den po vyšetření.

K získání potřebných dat jsem použila kvantitativní výzkum pomocí dotazníku. Rozdáváný dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný, obsahoval 21 otázek, které jsem vytvořila společně s vedoucí práce Jaroslavou Pečenkovou a profesorem Jiřím Marešem.

V dotazníku byly použity otázky uzavřené, které nabízely předem formulované odpovědi, z nichž si respondent mohl vybrat jednu nejlépe odpovídající jeho názoru. Dále otázky polouzavřené (jsou kombinací otevřených a uzavřených otázek), kde respondenti měli možnost doplnění jiné, vlastní odpovědi. Jako další byly použity otázky otevřené, kde se mohli respondenti vyjádřit svými slovy podle vlastního uvážení a otázky polytomické, kde respondenti vybírali z více variant odpovědí.

Ke zpracování výzkumu jsem použila statistickou metodu výpočtu relativní četnosti podle vzorce $f_i = (n_i/n) \times 100$, kde f_i = relativní četnost, n_i = absolutní četnost (četnost jednotlivých hodnot znaku ve statistickém souboru), n = celková četnost (rozsah souboru). Nejčastěji se udává v %. Všechna získaná data jsem zadala do tabulek a zpracovala programem Microsoft Excel 2007.

6 Výsledky

Otázka č. 1:

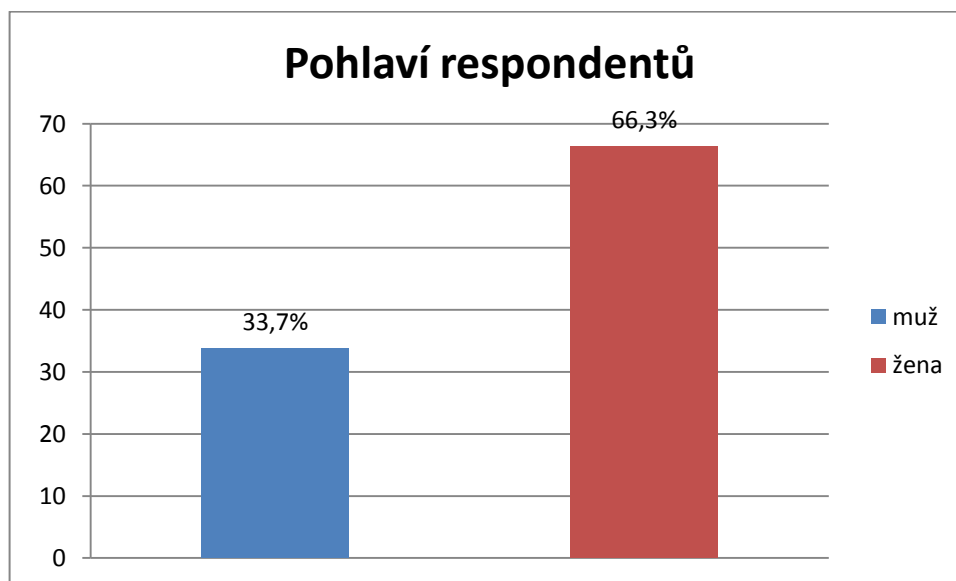
Pohlaví: muž žena

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
muž	29	33,7
žena	57	66,3
celkem	86	100

Tabulka 1 popisuje absolutní a relativní četnost zastoupeného pohlaví.

Graf 1 - Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1 znázorňuje rozdělení respondentů dle pohlaví. Z celkového počtu respondentů 86 (100%) bylo 29 (33,7%) mužů a 57 žen (66,3%) žen.

Výsledek šetření poukazuje na to, že vyšetření podstoupilo větší množství žen.

Otázka č. 2:

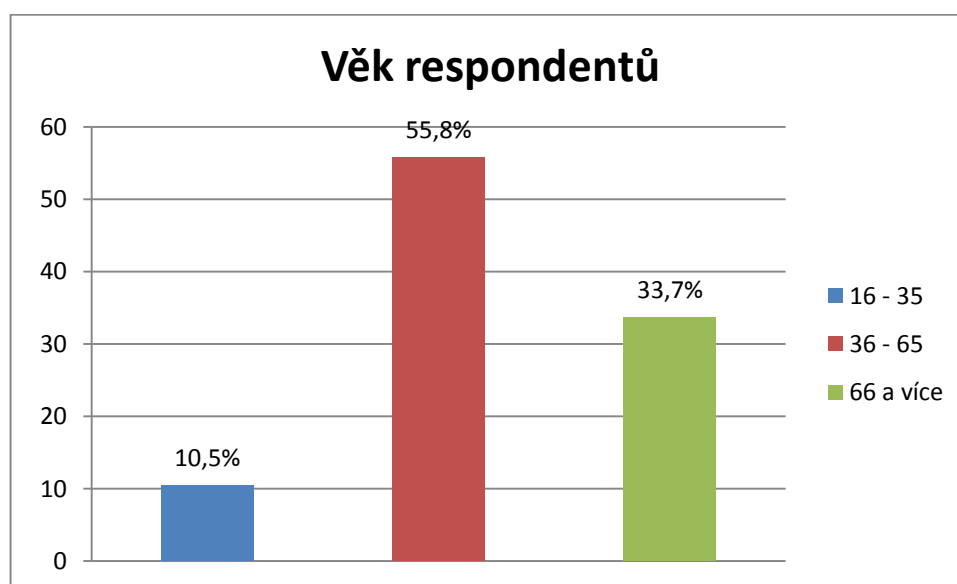
Věk: 16 – 35 36 – 65 66 – a více

Tabulka 2 - Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
16 - 35	9	10,5
36 - 65	48	55,8
66 - a více	29	33,7
celkem	86	100

V tabulce 2 je zaznamenána absolutní a relativní četnost věku respondentů.

Graf 2 - Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje rozdělení respondentů podle věkových kategorií, do kterých byli rozděleni pro lepší přehlednost. Z celkového počtu 86 (100%) respondentů bylo ve věkové kategorii 16 – 35 let zastoupeno 9 (10,5%) respondentů, ve věkové kategorii 36 – 65 let bylo 48 (55,8%) respondentů a ve věkové kategorii 66 – a více let bylo 29 (33,7%) respondentů.

Výzkumem bylo zjištěno nevyšší procentuální zastoupení věkové kategorie 36 – 65 let.

Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

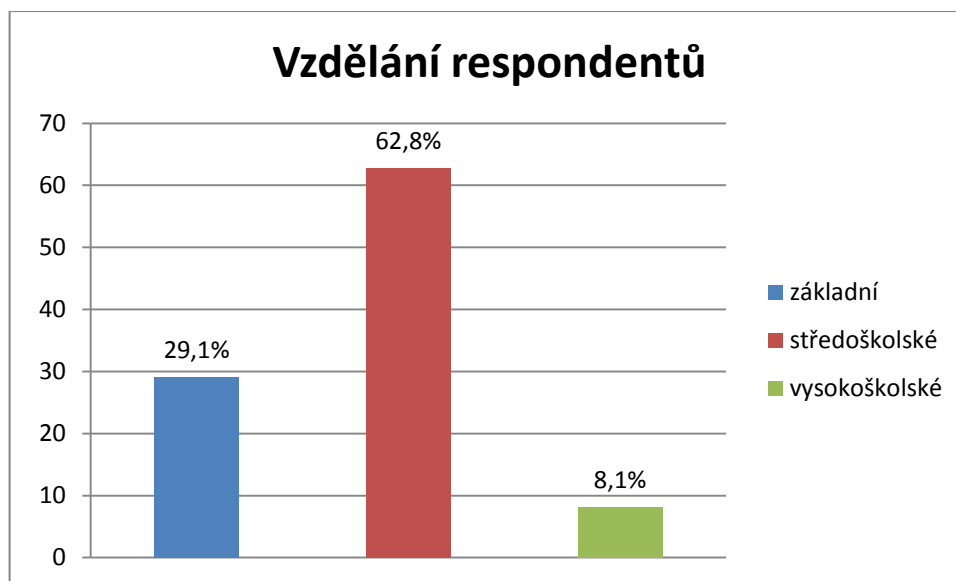
a) základní b) středoškolské c) vysokoškolské

Tabulka 3 - Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
základní	25	29,1
středoškolské	54	62,8
vysokoškolské	7	8,1
celkem	86	100

Tabulka 3 mapuje absolutní a relativní četnost vzdělání respondentů.

Graf 3 - Vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu respondentů 86 (100%) základní vzdělání uvedlo 25 (29,1%) respondentů, 54 (62,8%) respondentů uvedlo středoškolské vzdělání a 7 (8,1%) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

Výzkumné šetření ukázalo na nejvyšší počet středoškolsky vzdělaných respondentů a nejmenší počet vysokoškolsky vzdělaných respondentů.

Otázka č. 4: Po kolikáté jste dnes absolvoval/a kolonoskopické vyšetření?

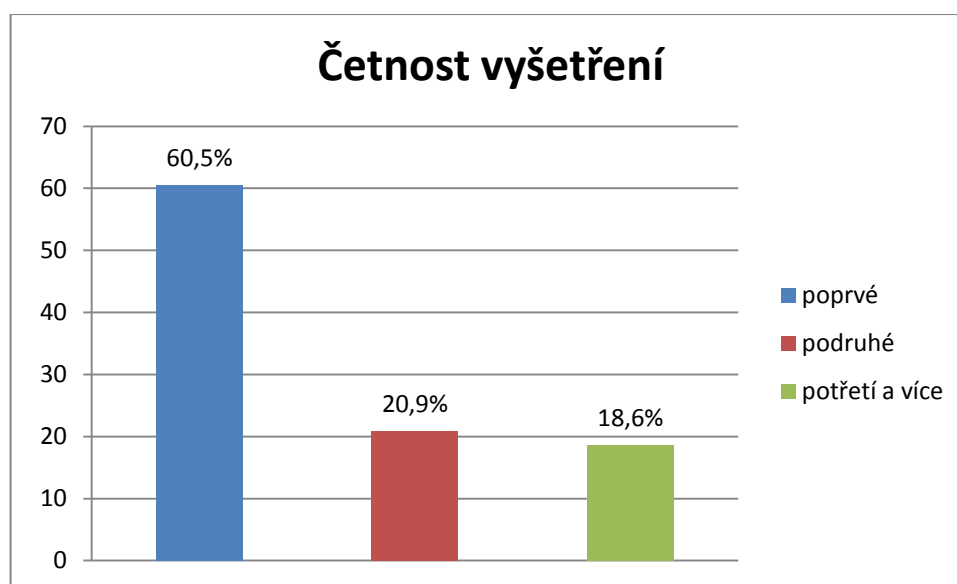
- a) poprvé b) podruhé c) potřetí a více

Tabulka 4 - Četnost vyšetření

Četnost vyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
poprvé	52	60,5
podruhé	18	20,9
potřetí a více	16	18,6
celkem	86	100

V tabulce 4 je vyjádřena absolutní a relativní četnost absolvovaných vyšetření.

Graf 4 - Četnost vyšetření



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 znázorňuje, že z celkového množství 86 (100%) respondentů poprvé kolonoskopii podstoupilo 52 (60,5%) respondentů, podruhé 18 (20,9%) respondentů a potřetí a více 16 (18,6%) respondentů.

Výzkum poukázal na to, že největší počet respondentů podstoupilo kolonoskopické vyšetření poprvé.

Otázka č. 5: Měl/a jste před vyšetřením dostatek? informací o tom, co Vás čeká?

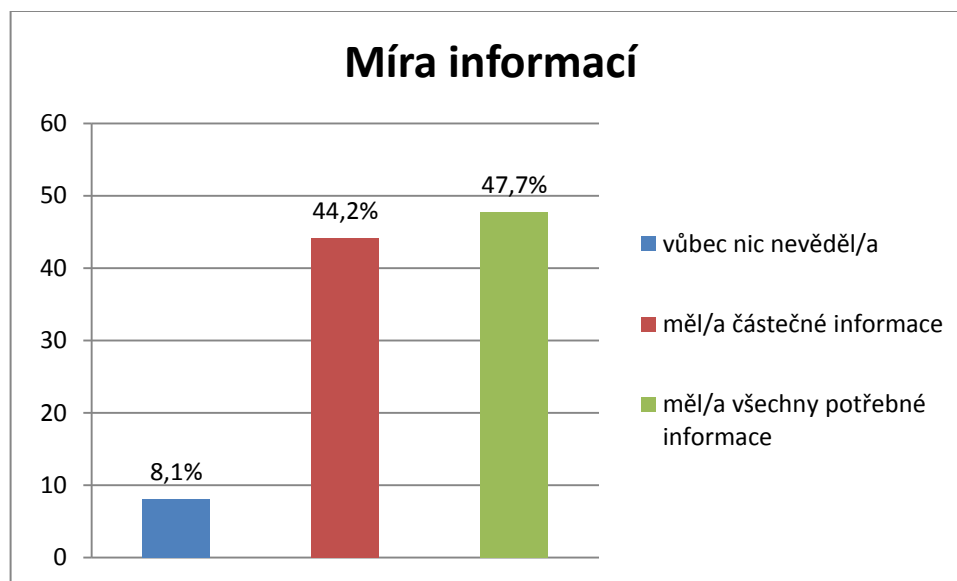
- a) vůbec nic jsem nevěděl/a
- b) měl/a jsem jen částečné informace
- c) měl/a jsem k dispozici všechny potřebné informace

Tabulka 5 - Míra informací

Míra informací	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
vůbec nic nevěděl/a	7	8,1
měl/a částečné informace	38	44,2
měl/a všechny potřebné informace	41	47,7
celkem	86	100

Tabulka 5 popisuje absolutní a relativní četnost množství získaných informací.

Graf 5 - Míra informací



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 znázorňuje, zda respondenti, kteří postoupili kolonoskopické vyšetření měli dostatek informací. Z celkového množství 86 (100 %) respondentů vůbec žádné informace o tomto vyšetření nemělo 7 (8,1 %) respondentů, částečné informace mělo 38 (44,2 %) respondentů a veškeré potřebné informace o kolonoskopii mělo 41 (47,7 %) respondentů.

Výzkumem bylo zjištěno, že většina respondentů byla ve větší či menší míře informována.

Otázka č. 6:

Od koho jste získával/a potřebné informace? (lze zakroužkovat více možností)

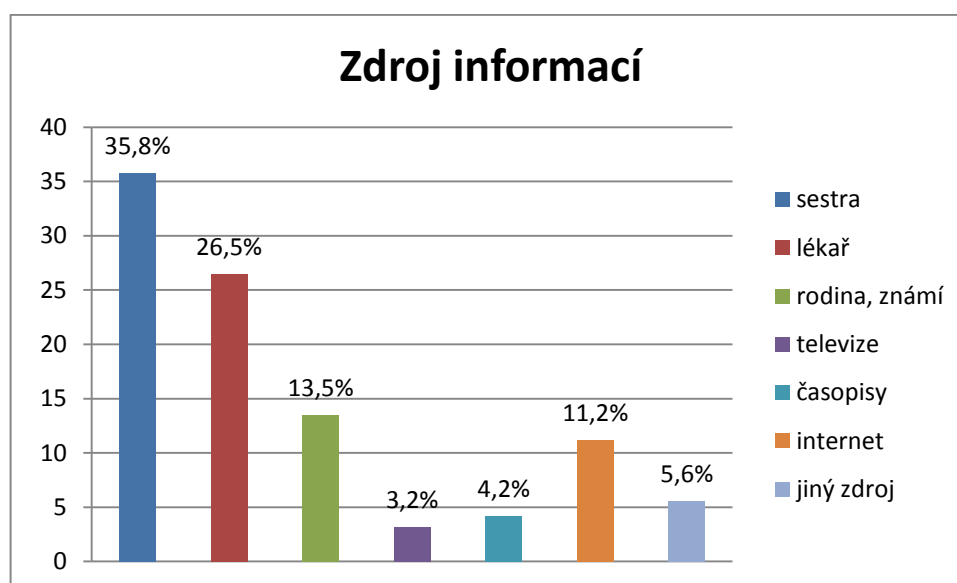
- a) sestra
- b) lékař
- c) rodina, známí
- d) televize
- e) časopisy
- f) internet
- g) jiný zdroj (doplňte).....

Tabulka 6 - Zdroj informací

Zdroj informací	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
sestra	77	35,8
lékař	57	26,5
rodina, známí	29	13,5
televize	7	3,2
časopisy	9	4,2
internet	24	11,2
jiný zdroj	12	5,6
celkem	215	100

V tabulce 6 je znázorněna absolutní a relativní četnost zdrojů informací.

Graf 6 - Zdroj informací



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu 6 je znázorněno, od jakého zdroje respondenti získávali informace o kolonoskopii. Z celkového počtu odpovídajících respondentů 86 (100%) bylo o vyšetření informováno sestrou 77 (35,8%) respondentů, lékařem 57 (26,5%) respondentů. Od rodiny nebo známých informace obdrželo 29 (13,5%) respondentů, z televize 7 (3,2%) respondentů, z časopisů 9 (4,2%) respondentů. Pomocí internetu získalo potřebné informace 24 (11,2%) respondentů a z jiného zdroje je získalo 12 (5,6%) respondentů. V otázce jiného zdroje se mohli respondenti volně vyjádřit. Jako jiný zdroj napsali nástěnku v čekárně lékaře, nebo na chodbě v nemocnici a spolupacienta.

Z výsledků vyplývá, že nejvíce informací respondenti získali od sestry. Je to dáno tím, že se sestrou jsou v největším kontaktu. Na druhém místě informace získali od lékaře. Naopak nejméně informací respondenti získali z médií.

Otázka č. 7: Chtěl/a byste být před vyšetřením více informován/a o tom, co Vás čeká?

a) ano, zejména o (doplňte).....

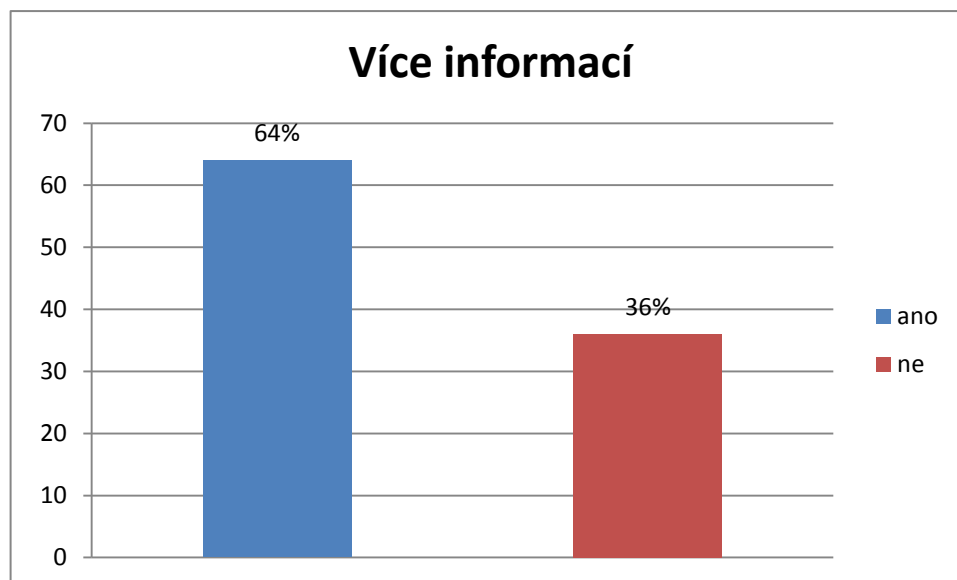
b) ne, protože (doplňte).....

Tabulka 7 - Více informací

Více informací	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	55	64
ne	31	36
celkem	86	100

Tabulka 7 mapuje absolutní a relativní četnost požadavku o více informací.

Graf 7 - Více informací



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 dokumentuje, že z celkového počtu respondentů 86 (100%) má zájem o více informací 55 (64%) respondentů, naopak 31 (36%) respondentů další informace z nějakého důvodu nepožaduje.

Tato otázka byla polouzavřená, respondenti mohli doplnit svůj názor. Nejčastěji chtěli být více informováni o dietním režimu před vyšetřením, o přípravě ke kolonoskopii, průběhu výkonu, rizicích a komplikacích vyšetření. Naopak více informováni nechtěli být, protože získané informace byly dostatečné, měli by větší strach, nechtěli raději nic vědět nebo využili dřívějších zkušeností z kolonoskopického vyšetření.

Výzkum prokázal, že větší procento respondentů chce tedy být více informováno o kolonoskopickém vyšetření.

Otázka č. 8: Podařilo se Vám vypít určené množství roztoků?

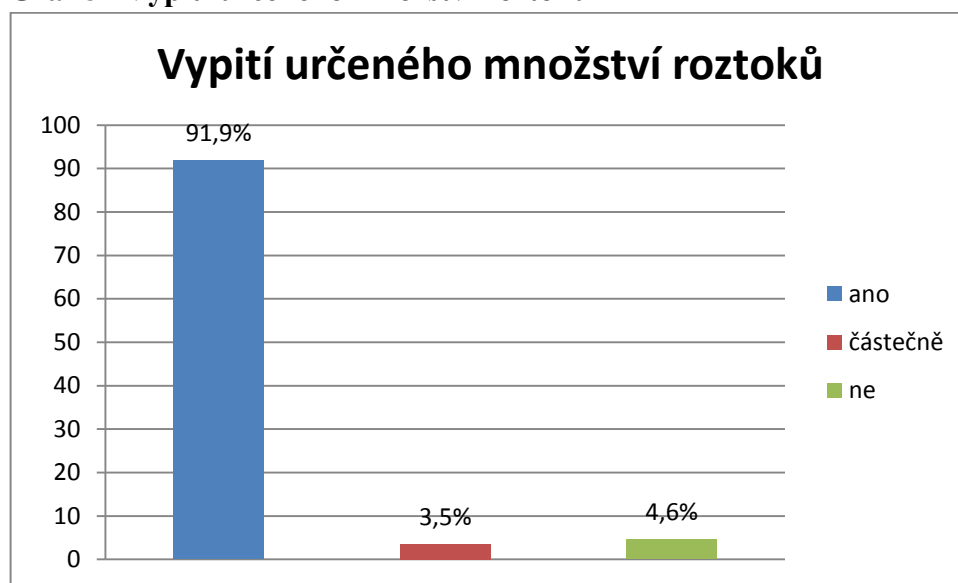
- a) ano
- b) jen částečně
- c) ne

Tabulka 8 - Vypití určeného množství roztoků

Vypití určeného množství roztoků	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	79	91,9
částečně	3	3,5
ne	4	4,6
celkem	86	100

V tabulce 8 je znázorněna absolutní a relativní četnost vypití určené dávky roztoků.

Graf 8 - Vypití určeného množství roztoků



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 znázorňuje, do jaké míry se respondentům podařilo vypít kolonoskopické roztoky. Z celkového množství 86 (100%) respondentů fosfátové kolonoskopické roztoky vypilo 79 (91,9%) respondentů, 3 (3,5%) respondenti je vypili částečně a 4 (4,6%) respondentům se je nepodařilo vypít.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že jen malá část respondentů měla problém s vypitím určeného množství slaných fosfátových roztoků. Dá se tedy předpokládat, že tyto respondenti byli nedostatečně nebo vůbec vyprázdněni.

Otázka č. 9: Jak jste si počínal/a při pití doporučeného množství roztoku?

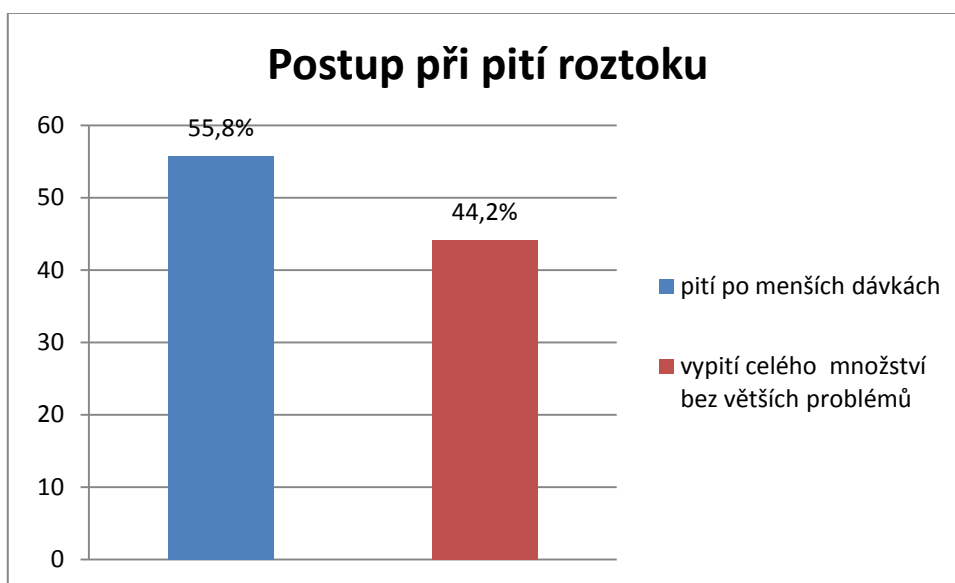
- a) pil/a jsem postupně po menších dávkách
- b) podařilo se mi vypít celé množství (lahvička) bez větších problémů

Tabulka 9 - Postup při pití roztoku

Postup při pití roztoku	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
pití po menších dávkách	48	55,8
vypití celého množství bez větších problémů	38	44,2
celkem	86	100

Tabulka 9 popisuje absolutní a relativní četnost postupu při pití kolonoskopického roztoku.

Graf 9 - Postup při pití roztoku



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 popisuje, jaký postup respondenti zvolili při pití slané kolonoskopického roztoku. 48 (55,8%) respondentů si rozložilo pití na menší dávky, 38 (44,2%) respondentů nemělo s vypitím určeného množství roztoku větší problémy.

Výzkumné šetření prokázalo, že většina respondentů vypila kolonoskopický roztok vždy po menších dávkách.

Otázka č. 10: Měl/a jste strach/obavy před kolonoskopickým vyšetřením?

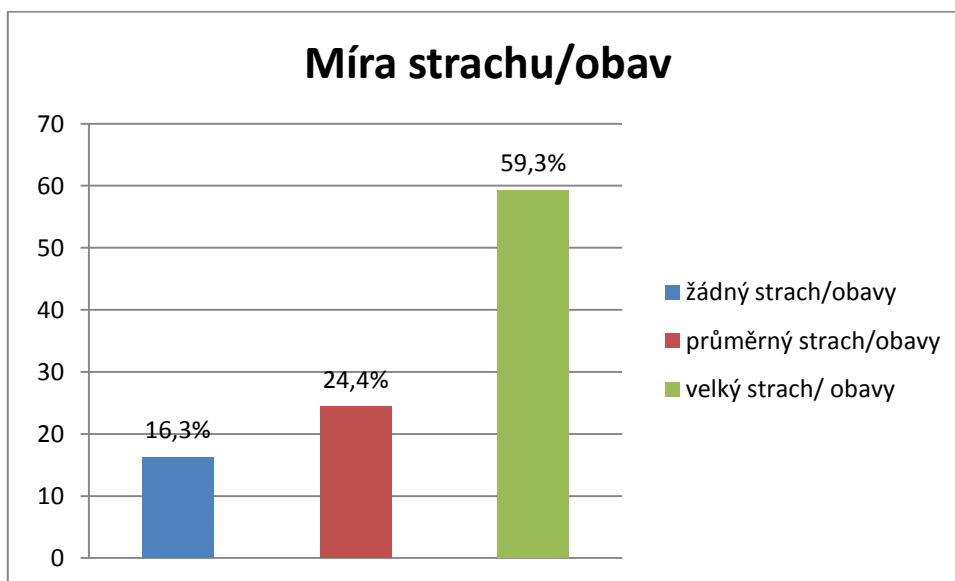
- a) neměl/a jsem žádný strach/obavy
- b) měl/a jsem průměrný strach/obavy
- c) měl/a jsem velký strach/obavy

Tabulka 10 - Míra strachu/obav

Míra strachu/obav	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
žádný strach/obavy	14	16,3
průměrný strach obavy	21	24,4
velký strach/obavy	51	59,3
celkem	86	100

V tabulce 10 je zmapována absolutní a relativní četnost míry strachu/obav před kolonoskopií.

Graf 10 - Míra strachu/obav



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 znázorňuje míru strachu/obav respondentů před kolonoskopickým vyšetřením. Z celkového počtu 86 (100%) respondentů nemělo žádný strach/obavy před vyšetřením 14 (16,3%) respondentů, průměrný strach/obavy mělo 21 (24,4%) respondentů a velký strach/obavy mělo 51 (59,3%) respondentů.

Výzkum potvrdil, že nejvíce respondentů mělo velký strach/obavy.

Otázka č 11:

Z čeho konkrétního jste měl/a největší strach/obavy? (označte dva hlavní důvody)

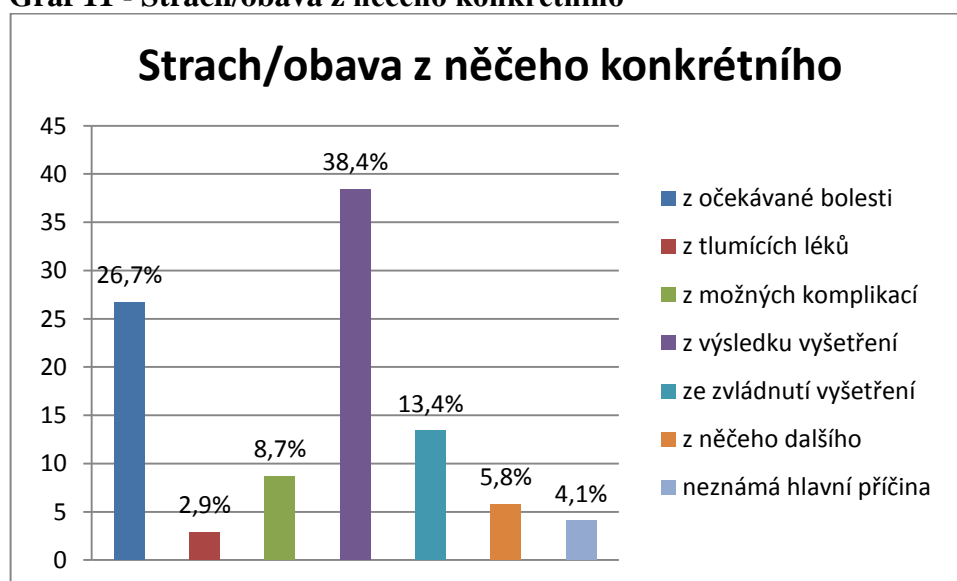
- a) z očekávané bolesti
- b) z účinku tlumících léků během vyšetření
- c) z možných komplikací v průběhu vyšetření
- d) z výsledku vyšetření
- e) z toho, jestli to celé zvládnou
- f) z něčeho dalšího (doplňte).....
- g) nedovedu říci, co bylo hlavní příčinou mých obav

Tabulka 11 - Strach/obava z něčeho konkrétního

Strach/obava z něčeho konkrétního	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
z očekávané bolesti	46	26,7
z účinku tlumících léků	5	2,9
z možných komplikací	15	8,7
z výsledku vyšetření	66	38,4
ze zvládnutí vyšetření	23	13,4
z něčeho dalšího	10	5,8
neznámá hlavní příčina	7	4,1
celkem	172	100

Tabulka 11 popisuje absolutní a relativní četnost strachu/obav z konkrétní věci.

Graf 11 - Strach/obava z něčeho konkrétního



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 popisuje strach/obavu z něčeho konkrétního. Respondenti měli v dotazníku označovat 2 hlavní důvody svého strachu/obav. Z očekávané bolesti mělo strach/obavy 46 (26,7%) respondentů, z tlumících léků 5 (2,9%) respondentů, z možných komplikací vyšetření 15 (8,7%) respondentů a 66 (38,4%) respondentů mělo strach/obavy z výsledku vyšetření. Ze zvládnutí vyšetření mělo strach/obavy 23 (13,4%) respondentů, z něčeho dalšího 10 (5,8%) respondentů a příčinu svého strachu/obav neznalo 7 (4,1%) respondentů. Jako další příčinu strachu/obav v otázce z něčeho dalšího, kde se mohli vyjádřit vlastním názorem, respondenti udávali odpověď – „mám strach/obavy, že mi bude špatně, z pití roztoků, z přípravy k vyšetření, ze znečištění stolicí“.

Z výzkumu vyplývá, že největší strach/obavy měli respondenti z výsledku kolonoskopického vyšetření, na druhém místě z očekávané bolesti.

Otázka č. 12:

Zmenšil se Váš strach/obavy po rozhovoru se zdravotníkem (lékařem, či sestrou)?

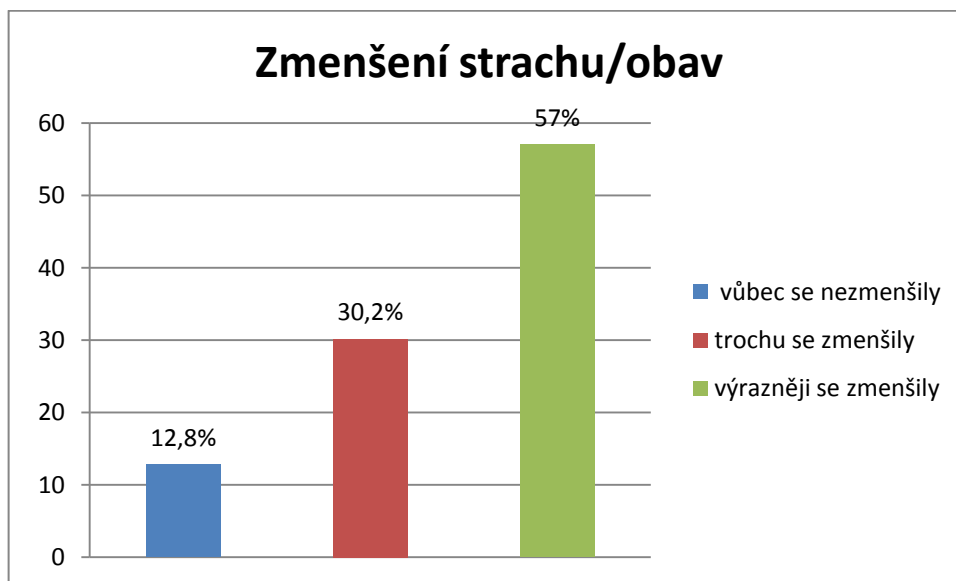
- a) ne, vůbec se nezmenšily
- b) můj strach/obavy se trochu zmenšily
- c) můj strach/obavy se výrazněji zmenšily

Tabulka 12 - Zmenšení strachu/obav

Zmenšení strachu/obav	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
vůbec se nezmenšily	11	12,8
trochu se zmenšily	26	30,2
výrazněji se zmenšily	49	57
celkem	86	100

V tabulce 12 je popsána absolutní a relativní četnost zmenšení strachu/obav.

Graf 12 - Zmenšení strachu/obav



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu 12 vidíme, jaký vliv má rozhovor s lékařem nebo sestrou na zmenšení strachu/obav. Z celkového počtu 86 (100%) respondentů 11 (12,8%) uvedlo, že rozhovor jejich strach/obavy nezmenšil. Celkem 26 (30,2%) respondentů vyjádřilo, že strach/obavy se trochu zmenšily a u 49 (57%) respondentů se strach/obavy výrazněji zmenšily.

Dotazníkové šetření poukázalo na to, že vhodně zvolený rozhovor s lékařem nebo sestrou má ve větší nebo menší míře vliv na zmenšení strachu/obav.

Otázka č. 13: Vnímál/a jste při vyšetření nějakou bolest?

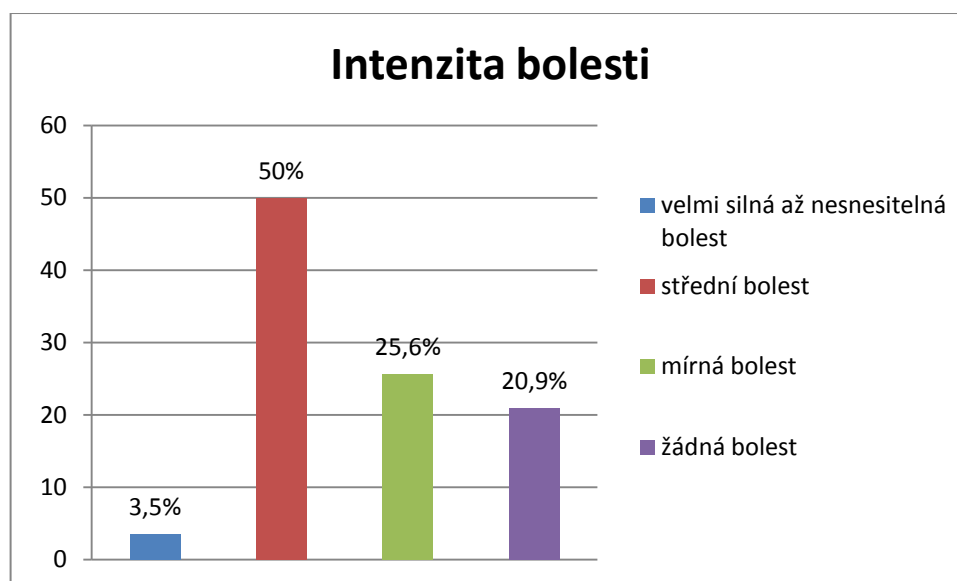
- a) ano, velmi silnou až nesnesitelnou bolest
- b) ano, takovou střední bolest
- c) ano, ale jen mírnou bolest
- d) ne, žádnou bolest jsem nevnímál/a

Tabulka 13 - Intenzita bolesti

Intenzita bolesti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
velmi silná až nesnesitelná bolest	3	3,5
střední bolest	43	50
mírná bolest	22	25,6
žádná bolest	18	20,9
celkem	86	100

Tabulka 13 ukazuje absolutní a relativní četnost intenzity vnímané bolesti při vyšetření.

Graf 13 - Intenzita bolesti



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13 popisuje, jak velkou bolest pociťovali respondenti při kolonoskopickém vyšetření. Z celkového množství 86 (100%) respondentů velmi silnou až nesnesitelnou bolest při vyšetření pociťovali 3 (3,5%) respondenti, střední bolest mělo 43 (50%) respondentů. Mírnou bolest popisovalo 22 (25,6%) respondentů a žádnou bolest nevnímalo 18 (20,9%) respondentů.

Výzkum potvrdil, že polovina respondentů (50%) vnímalo při vyšetření střední bolest.

Otázka č. 14:

Snížila se Vaše bolest po přidání léků na zklidnění a proti bolesti (analgesedace)?

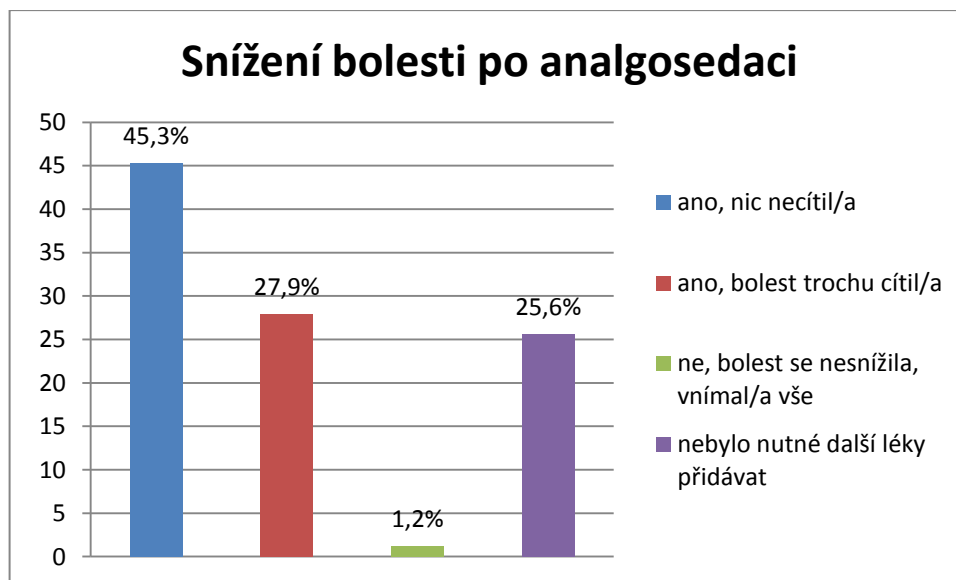
- a) ano, nic jsem necítil/a
- b) ano, ale trochu jsem bolest cítil/a
- c) ne, bolest se nesnížila, vnímal/a jsem vše
- d) nebylo mi nutné další léky přidávat

Tabulka 14 - Snížení bolesti po analgesedaci

Snížení bolesti po analgesedaci	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano, nic necítil/a	39	45,3
ano, bolest trochu cítil/a	24	27,9
ne, bolest se nesnížila, vnímal/a jsem vše	1	1,2
nebylo nutné další léky přidávat	22	25,6
celkem	86	100

V tabulce 14 je znázorněna absolutní a relativní četnost snížení bolesti po analgesedaci.

Graf 14 - Snížení bolesti po analgesedaci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14 znázorňuje, zda se po přidání analgesedace během vyšetření, snížila bolest respondentů. Z celkového množství respondentů 86 (100%) nic necítilo 39 (45,3%) respondentů, bolest trochu cítilo 24 (27,9%) respondentů. Bolest se nesnížila a vše vnímal 1 (1,2%) respondent, 22 (25,6%) respondentům nebylo nutné další analgesedaci přidávat.

Většině respondentů se bolest po přidání analgesedace snížila.

Otázka č. 15: Měl/a jste během vyšetření nějaké další nepříjemné pocity?

a) ano, hlavně.....

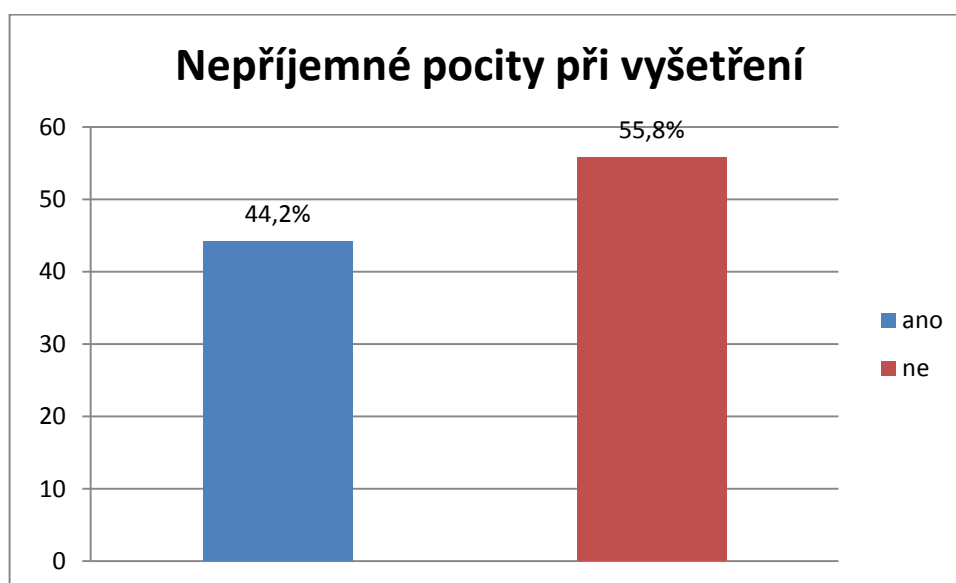
b) ne, protože.....

Tabulka 15 - Nepříjemné pocity při vyšetření

Nepříjemné pocity při vyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	38	44,2
ne	48	55,8
celkem	86	100

Tabulka 15 znázorňuje absolutní a relativní četnost nepříjemných pocitů při vyšetření.

Graf 15 - Nepříjemné pocity při vyšetření



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15 popisuje, zda měli respondenti při kolonoskopickém vyšetření nepříjemné pocity. Nepříjemné pocity při vyšetření mělo 38 (44,2%) respondentů, žádné nepříjemné pocity nemělo 48 (55,8%) respondentů.

Otázka byla polouzavřená, respondenti mohli doplnit svou vlastní odpověď. Jako nepříjemné pocity při kolonoskopii respondenti především uváděli křeče nebo tlaky v břiše, tlaky v konečníku, motání hlavy, celkovou nevolnost a stud. Nepříjemné pocity neměli, protože nic nevnímali, spali, bylo jim podáno dostatečné množství léků, vyšetření se dalo zvládnout, nebo je uklidňovala přítomnost sestry.

Otázka č. 16:

Vnímál/a jste při vyšetření pokyny lékaře/sestry?

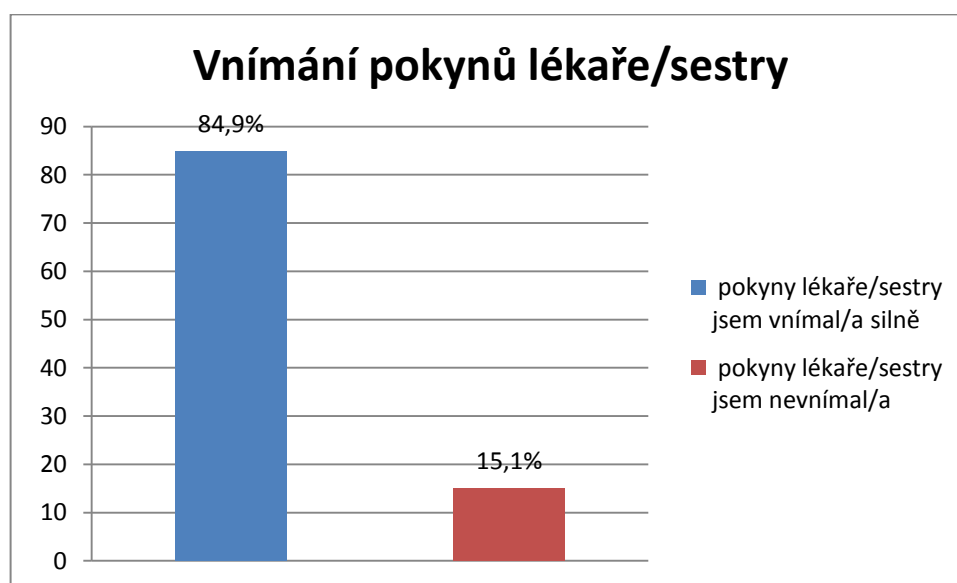
- a) ano, pokyny lékaře/sestry jsem vnímala/a silně
- b) ne, pokyny lékaře/sestry jsem nevnímala/a

Tabulka 16 - Vnímání pokynů lékaře/sestry

Vnímání pokynů lékaře/sestry	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
pokyny lékaře/sestry vnímál/a silně	73	84,9
pokyny lékaře/sestry nevnímál/a	13	15,1
celkem	86	100

V tabulce 16 je popsána absolutní a relativní četnost vnímání pokynů zdravotníků.

Graf 16 - Vnímání pokynů lékaře/sestry



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16 dokumentuje, zda respondenti při vyšetření vnímali pokyny lékaře/sestry. Velmi silně vnímalo pokyny lékaře/sestry 73 (84,9%) respondentů, 13 (15,1%) respondentů pokyny lékaře/sestry nevnímalo.

Šetření potvrdilo, že většina oslovených respondentů pokyny lékaře/sestry vnímalo.

Otázka č. 17: Uklidňovaly Vás pokyny lékaře/sestry?

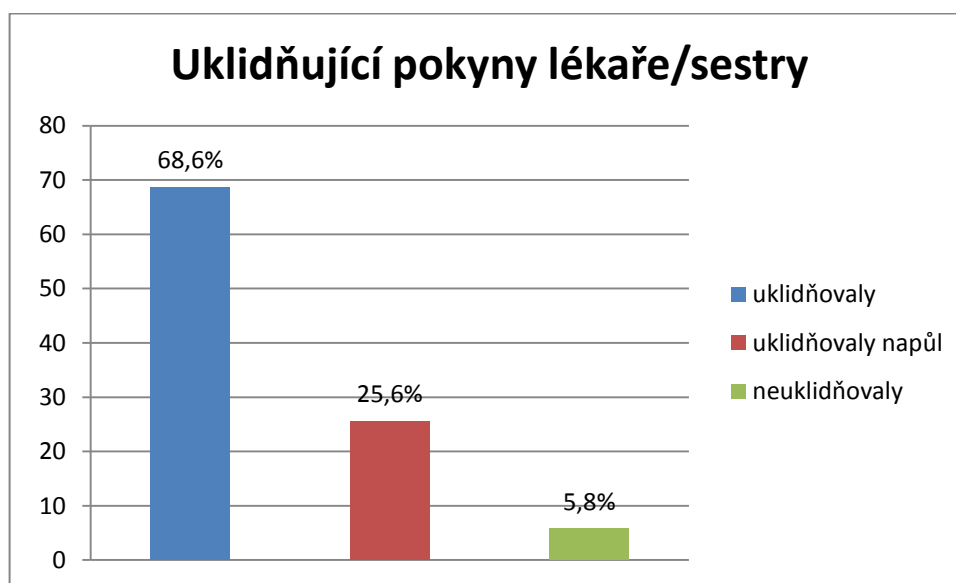
- a) ano, uklidňovaly
- b) těžko říci, tak napůl
- c) ne, neuklidňovaly

Tabulka 17 - Uklidňující pokyny lékaře/sestry

Vnímání uklidňujících pokynů lékaře/sestry	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
uklidňovaly	59	68,6
uklidňovaly napůl	22	25,6
neuklidňovaly	5	5,8
celkem	86	100

Tabulka 17 mapuje absolutní a relativní četnost uklidňujících pokynů lékaře/sestry.

Graf 17 - Uklidňující pokyny lékaře/sestry



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17 znázorňuje, zda pokyny lékaře/sestry měly vliv na zklidnění respondentů. Pokyny lékaře/sestry uklidňovaly 59 (68,6%) respondentů, uklidňovaly napůl 22 (25,6%) respondentů a 5 (5,8%) respondentů pokyny lékaře/sestry neuklidňovaly.

Výzkum potvrdil, že působení lékaře/sestry má při vyšetření kladný vliv na psychiku větší části respondentů.

Otázka č. 18:

Co pro Vás bylo nejobtížnější, nejtěžší v období **před** vlastním vyšetřením? (napíšte)

.....

Co pro Vás bylo nejobtížnější, nejtěžší **během** vlastního vyšetření? (napíšte)

.....

Co pro Vás bylo nejobtížnější, nejtěžší **po skončení** celého vyšetření? (napíšte)

.....

Tato otázka byla otevřená, respondenti se mohli volně vyjádřit. Pro přehlednost jsem jejich nejčastější odpovědi seřadila do několika skupin a zadala je do tří tabulek k porovnání. V každé ze tří tabulek, vztahujícím se k této otázce jsem zvýraznila tři nejvíce zastoupené odpovědi.

Tabulka 18 - Nejobtížnější, nejtěžší před vyšetřením

Nejobtížnější, nejtěžší před vyšetřením	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
čekání na vyšetření	6	7
dieta před vyšetřením	8	9,3
pití slaných roztoků	32	37,2
vyprazdňování	4	4,6
strach z vyšetření	6	7
strach z výsledku vyšetření	15	17,4
strach z neznámého	5	5,8
strach ze zvládnutí vyšetření	3	3,5
bolesti břicha	1	1,2
nic	6	7
celkem	86	100

Tabulka 18 popisuje absolutní a relativní četnost, co z výše uvedených odpovědí bylo pro respondenta nejobtížnější, nejtěžší před vyšetřením. Nejčastější odpověď byla pití slaných roztoků, kterou uvedlo 32 (37,2%) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byl strach z výsledku vyšetření, uvedlo ji 15 (17,4%) respondentů. Jako třetí nejčastější odpovědí byla dieta před vyšetřením, kterou uvedlo 8 (9,3%) respondentů.

Tabulka 19 - Nejobtížnější, nejtěžší během vyšetření

Nejobtížnější, nejtěžší během vyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
bolest v konečníku	3	3,5
bolest břicha	23	26,7
nadýmání	4	4,6
tlaky v břiše	13	15,1
nevolnost	3	3,5
spolupráce se zdravotníky	2	2,3
strach z výsledku vyšetření	1	1,2
stud	1	1,2
nedovedu říct	1	1,2
nic	35	40,7
celkem	86	100

Tabulka 19 dokumentuje absolutní a relativní četnost, co bylo pro respondenty nejobtížnější, nejtěžší během kolonoskopického vyšetření.

Nejčastější odpovědí bylo nic, kterou napsalo 35 (40,7%) respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla bolest břicha, kterou uvedlo 23 (26,7%) respondentů. Třetí nejčastější byla odpověď tlaky v břiše, kterou napsalo 13 (15,1%) respondentů.

Tabulka 20 - Nejobtížnější, nejtěžší po skončení vyšetření

Nejobtížnější, nejtěžší po vyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
bolest břicha	3	3,5
bolest konečníku	2	2,3
nadýmání	9	10,5
nevolnost	5	5,8
motání hlavy	3	3,5
následná hospitalizace	2	2,3
čekání na výsledek	7	8,1
strach z výsledku vyšetření	31	36
únava	4	4,7
nic	20	23,3
celkem	86	100

Tabulka 20 popisuje absolutní a relativní četnost toho, co bylo pro respondenty nejobtížnější, nejtěžší po ukončení vyšetření.

Nejčastější odpovědí byl strach z výsledků vyšetření, kterou uvedlo 31 (36%) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo nic, kterou napsalo 20 (23,3%) respondentů. Jako třetí nejčastější odpověď 9 (10,5%) respondentů uvedlo nadýmání.

Otázka č. 19:

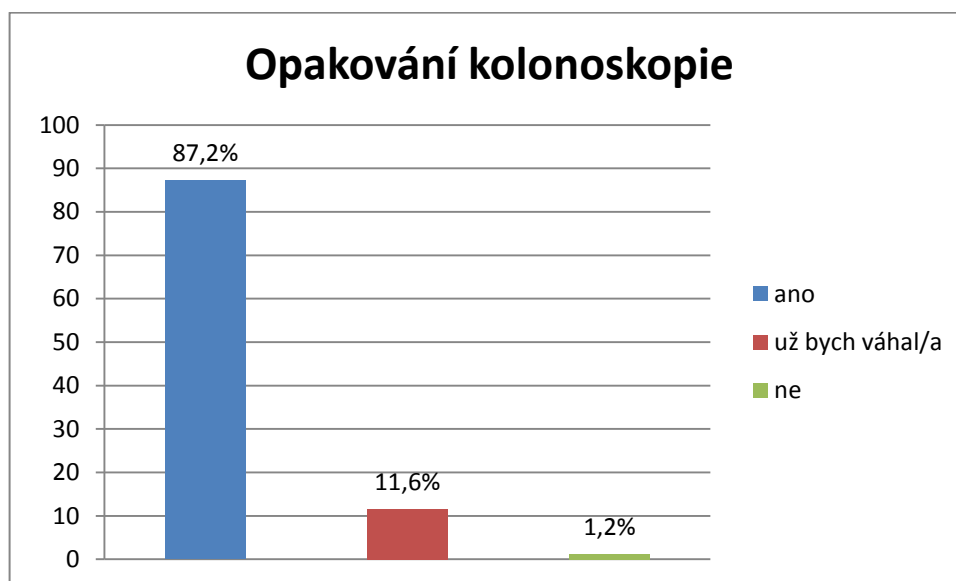
Pokud by to bylo nutné, podstoupil/a byste kolonoskopické vyšetření znova?

- a) ano; není to příjemné, ale dá se to vydržet
- b) už bych váhal/a
- c) ne, za žádných okolností

Tabulka 21 - Opakování kolonoskopie

Opakování kolonoskopie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	75	87,2
už bych váhal/a	10	11,6
ne	1	1,2
celkem	86	100

V tabulce 21 je popsána absolutní a relativní četnost opakování kolonoskopického vyšetření v případě nutnosti.

Graf 18 - Opakování kolonoskopie

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18 popisuje názor respondentů, zda by v nutném případě opět podstoupili kolonoskopické vyšetření.

Kolonoskopii by znova podstoupilo 75 (87,2%) respondentů, už by váhalo 10 (11,6%) respondentů a už by ji znova nepodstoupil 1 (1,2%) respondent.

Výzkum potvrdil, že většina respondentů by v případě nutnosti znova podstoupila kolonoskopické vyšetření.

Otázka č. 20:

Co si myslíte, že je na základě Vašich zkušeností pro pacienta při vyšetření nejdůležitější? (vyberte tři – podle Vás nejdůležitější věci)

- a) důkladné informování před vyšetřením
- b) srozumitelné pokyny od zdravotnického personálu (včetně lékaře)
- c) lidský přístup zdravotnického personálu (včetně lékaře)
- d) šikovnost a schopnosti vyšetřujícího lékaře
- e) podání léků před i při vyšetření (analgesedace)
- f) něco jiného (doplňte).....

podle mne je nejdůležitější: 1.....
2.....
3.....

Tato otázka se skládala ze dvou částí. V první části respondenti označili z jejich pohledu pro ně tři nejdůležitější věci při absolvování kolonoskopie. V druhé části měli sestavit pořadí, co je z jejich pohledu při vyšetření nejdůležitější na prvním, druhém a třetím místě. Jejich odpovědi jsem následně zadala do tří tabulek a nejčastější odpověď jsem zvýraznila.

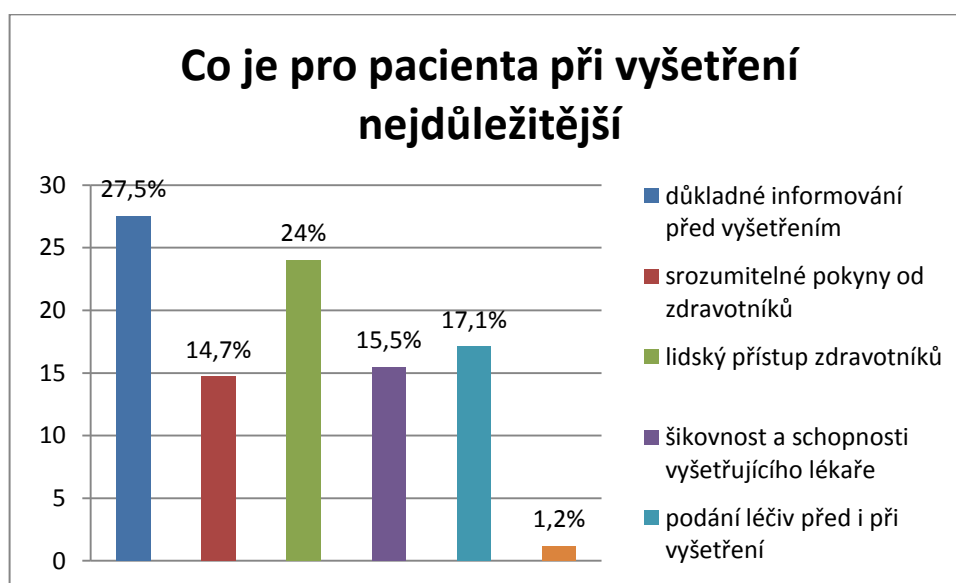
První část otázky:

Tabulka 22 - Co je pro pacienta při vyšetření nejdůležitější

Co je pro pacienta při vyšetření nejdůležitější	Absolutní četnost	Relativní četnost v%
důkladné informování před vyšetřením	71	27,5
srozumitelné pokyny zdravotnického personálu	38	14,7
lidský přístup zdravotnického personálu	62	24
šikovnost a schopnosti vyšetřujícího lékaře	40	15,5
podání léků před i při vyšetření	44	17,1
něco jiného	3	1,2
celkem	258	100

Tabulka 22 znázorňuje absolutní a relativní četnost tří nejdůležitějších věcí při kolonoskopickém vyšetření.

Graf 19 - Co je pro pacienta při vyšetření nejdůležitější



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19 popisuje názor respondentů, co je pro ně na základě jejich zkušeností nejdůležitější při podstoupení kolonoskopického vyšetření. Důkladné informování před vyšetřením označilo 71 (27,5%) respondentů, srozumitelné pokyny od zdravotníků 38 (14,7%) respondentů. Lidský přístup zdravotnického personálu označilo 62 (24%) respondentů, šikovnost a schopnosti vyšetřujícího lékaře 40 (15,5%) respondentů a podání léčiv před i při vyšetření označilo 44 (17,1%) respondentů. Položku něco jiného označili 3 (1,2%) respondenti. Volně odpověděli dva respondenti - psychická podpora sester, jeden respondent odpověděl - chycení za ruku sestrou.

Šetřením bylo potvrzeno, že pro pacienty je nejdůležitější důkladné informování před vyšetřením, lidský přístup zdravotníků a podání léčiv před vyšetřením.

Druhá část otázky:

Tabulka 23 - Co je nejdůležitější na prvním místě

Co je nejdůležitější na prvním místě	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
důkladné informování před vyšetřením	52	60,5
srozumitelné pokyny zdravotnického personálu	7	8,1
lidský přístup zdravotnického personálu	21	24,4
šikovnost a schopnosti vyšetřujícího lékaře	2	2,3
podání léčiv před i při vyšetření	4	4,7
něco jiného	0	0
celkem	86	100

Tabulka 23 dokumentuje absolutní a relativní četnost odpovědí, co je na základě zkušeností pro pacienty nejdůležitější při absolvování kolonoskopie.

Na prvním místě je při vyšetření pro respondenty důkladné informování před vyšetřením, tuto odpověď označilo 52 (60,5%) respondentů.

Tabulka 24 - Co je nejdůležitější na druhém místě

Co je nejdůležitější na druhém místě	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
důkladné informování před vyšetřením	8	9,3
srozumitelné pokyny zdravotnického personálu	24	27,9
lidský přístup zdravotnického personálu	30	34,9
šikovnost a schopnosti vyšetřujícího lékaře	13	15,1
podání léčiv před i při vyšetření	11	12,8
něco jiného	0	0
celkem	86	100

V tabulce 24 je popsána absolutní a relativní četnost odpovědí, co je pro pacienta nejdůležitější při vyšetření na druhém místě.

Lidský přístup zdravotnického personálu je pro respondenty druhý nejdůležitější v rámci podstoupení kolonoskopického vyšetření. Tuto odpověď označilo 30 (34,9%) respondentů.

Tabulka 25 - Co je nejdůležitější na třetím místě

Co je nejdůležitější na třetím místě	Absolutní četnost	Relativní četnost
důkladné informování před vyšetřením	2	2,3
srozumitelné pokyny zdravotnického personálu	7	8,1
lidský přístup zdravotnického personálu	20	23,3
šikovnost a schopnosti vyšetřujícího lékaře	25	29,1
podání léčiv před i při vyšetření	29	33,7
něco jiného	3	3,5
celkem	86	100

Tabulka 25 mapuje, co je pro pacienta nejdůležitější na třetím místě z hlediska absolvování kolonoskopie.

Na třetím místě je u respondentů podání léčiv před i při vyšetření. Tuto odpověď napsalo 29 (33,7%) respondentů.

Jak jsem již výše uvedla, tato otázka se skládala ze dvou částí. V obou se respondenti ve svých odpovědích shodli v tom, co je pro ně při absolvování kolonoskopie nejdůležitější. **Respondenti tedy považují za nejdůležitější důkladné informování před vyšetřením, lidský přístup zdravotnického personálu a podání léčiv před i při vyšetření.**

Otázka č. 21: Jak jste byl/a celkově spokojen/a s kolonoskopickým vyšetřením?

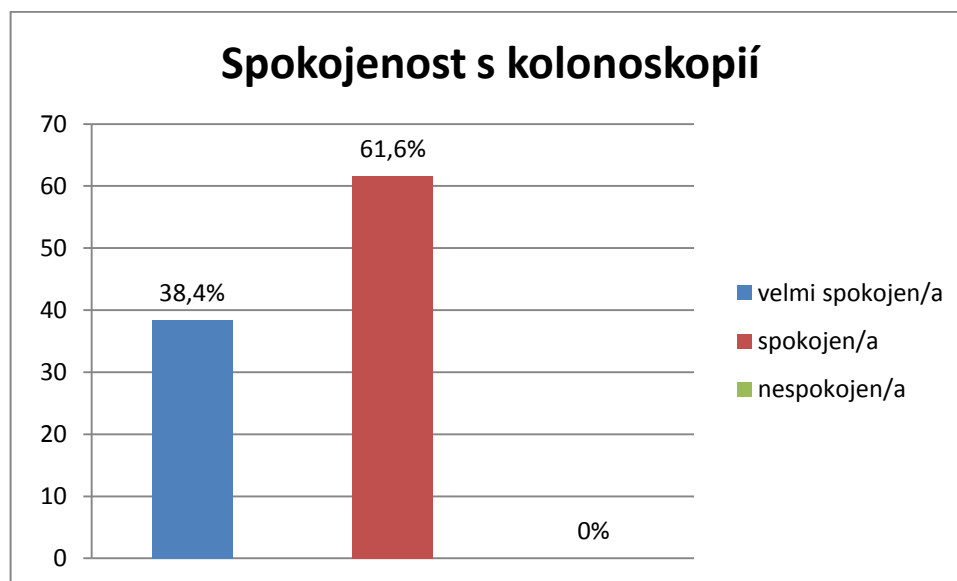
- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) nespokojen/a, protože.....

Tabulka 26 - Spokojenost s kolonoskopií

Spokojenost s kolonoskopií	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
velmi spokojen/a	33	38,4
spokojen/a	53	61,6
nespokojen/a	0	0
celkem	86	100

V tabulce 26 je popsána absolutní a relativní četnost spokojenosti pacientů s kolonoskopickým vyšetřením.

Graf 20 - Spokojenost s kolonoskopií



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20 dokládá spokojenost respondentů s kolonoskopickým vyšetřením. Z celkového množství 86 (100%) respondentů jich bylo 33 (38,4%) velmi spokojeno a 53 (61,6%) bylo s kolonoskopickým vyšetřením spokojeno. Na odpověď nespokojen/a, protože: neodpověděl žádný z respondentů - 0 (0%).

Výzkum potvrdil, že celkově byli respondenti s kolonoskopickým vyšetřením spokojeni.

7 Diskuse

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 86 respondentů. Tento soubor tvořili v nerovnoměrném zastoupení ambulantní i hospitalizovaní pacienti, muži a ženy absolvující kolonoskopické vyšetření na endoskopickém pracovišti ve Dvoře Králové nad Labem.

Úvodní otázky měly identifikační charakter. Graf 1 ukazuje poměr počtu vyšetřovaných mužů a žen. Z dotazovaných respondentů bylo 33,7% mužů a 66,3% žen. Výzkum poukázal na to, že kolonoskopické vyšetření podstoupilo větší množství žen.

Od konce roku 2009, kdy byla zahájena nová etapa screeningu KRK, podstupuje na našem endoskopickém pracovišti kolonoskopii více žen (k vyšetření zasílány ambulantními gynekology na základě positivity TOKS), než mužů.

V otázce věk respondentů bylo výzkumným šetřením zjištěno, že nejvíce byla zastoupena věková kategorie 36 – 65 let - 55,8% respondentů (graf 2). Dá se předpokládat, že tato věková kategorie byla nejvíce zastoupena díky nárůstu počtu vyšetřovaných pacientů v rámci celostátního screeningu kolorektálního karcinomu, který je určen pro bezpříznakové jedince od 50 let věku.

Procentuální zastoupení vzdělání respondentů ukazuje graf 3. Nejvíce bylo středoškolsky vzdělaných respondentů (62,8 %) a nejméně bylo vysokoškolsky vzdělaných respondentů (8,1%). Dosažené vzdělání není určujícím činitelem pro provedení kolonoskopického vyšetření, hraje však roli v edukaci. Při edukaci je nutné ke každému pacientovi přistupovat individuálně, s přihlédnutím ke vzdělání.

V otázce četnosti podstoupených kolonoskopických vyšetření nejvíce respondentů 60,5% (graf 4) odpovědělo, že absolvují kolonoskopii poprvé. Protože u většiny respondentů se tedy jednalo o první kolonoskopické vyšetření, je nutné klást velký důraz na poskytnutí informací a na přípravu k vyšetření.

Dále jsem zjišťovala, do jaké míry byli respondenti informováni. Jak Dítě ve své publikaci uvádí, je velmi důležité, aby byl pacient dostatečně informován a pochopil význam provedení vyšetření. (4) Graf 5 znázorňuje, že většina respondentů byla částečně či plně informována. Poměrně zarážející je fakt, že 8,1% respondentů uvedlo, že o vyšetření vůbec nic nevědělo. Předpokládám, že pacienti, kteří neměli žádné informace, neprošli edukací na našem endoskopickém pracovišti nebo neodpovídali pravdivě.

V otázce zdroj informací jsem předpokládala, že nejčastěji uváděná odpověď bude sestra a lékař, a to se i potvrdilo. Ze získaných dat v grafu 6 vyplývá, že nejčastěji byli respondenti informováni sestrou – 35,8% respondentů. Na druhém místě pak informace obdrželi od lékaře – tuto odpověď označilo 26,5% respondentů. Je to nejspíš dáno tím, že se sestrou jsou v nejužším kontaktu, na ni se pacienti obrací se svými dotazy jako první. Sestra je pro ně spojenec a partner pro komunikaci. Pozitivitu této její role je možné využít při edukaci. Lékař má pro pacienty nezastupitelnou úlohu při získávání relevantních informací, ale především v diagnostice a léčbě. Na třetím místě získalo 13,5% respondentů informace od rodiny, známých.

Dále jsem se ptala, zda by respondenti chtěli před vyšetřením více informací o tom, co je čeká. Graf 7 ukazuje, že větší procento respondentů by chtělo být více informováno o kolonoskopickém vyšetření (64 %). Nejčastěji chtěli být podle jejich volného vyjádření více informováni o dietním režimu před vyšetřením, o přípravě ke kolonoskopii, průběhu výkonu, rizicích a komplikacích vyšetření.

Na vypití určeného množství roztoků je závislé vyprázdnění ke kolonoskopickému vyšetření. Mnohým pacientům fyzická příprava (pití kolonoskopických roztoků) činí nemalé potíže. Požití roztoků je pro ně mnohdy horší, než samotné vyšetření. Proto jsem tedy chtěla zjistit, zda mají respondenti problémy s pitím fosfátových kolonoskopických roztoků (nejčastěji používané na našem endoskopickém pracovišti) a jaký způsob volí při pití roztoků. Větší část (55,8%) respondentů si musela vypít každé lahvičky roztoku rozdělit kvůli nepříjemným pocitům na menší dávky (graf 9). Graf 8 ukazuje, že většině respondentů (91,9%) se určené množství roztoků podařilo vypít a jen malá část z nich je vypila částečně, nebo vůbec ne. Existuje zde proto předpoklad, že u těchto pacientů byla příprava nedostatečná nebo se nevyprázdnili vůbec.

Kolonoskopie je vyšetření, kterého se pacienti z různých důvodů obávají. Prožívání strachu je individuální, u každého jednotlivce má jinou podobu. Graf 10 mapoval míru strachu/obav před kolonoskopickým vyšetřením. Vzhledem k charakteru vyšetření jsem předpokládala, že nejvíce respondentů bude mít před kolonoskopií velký strach/obavy a výsledky šetření to i potvrdily. Velký strach obavy mělo 59,3% respondentů. V další položce specifikovali svůj strach/obavy (graf 11). Největší strach/obavy měli respondenti z výsledku vyšetření - 38,4% respondentů. Jako druhý nejčastější důvod respondenti uvedli strach z očekávané bolesti – 26,7%.

Dále jsem se zaměřila na to, zda správná a efektivní komunikace mezi zdravotníkem (lékařem nebo sestrou) a pacientem, může zmenšit jeho strach/obavy. Je zde nutné

poukázat na to, jak je uvedeno v grafu 4, že většina (60,5%) respondentů podstoupila kolonoskopii poprvé. Nevěděli tedy, co je čeká. Informovanost zde tedy hraje velmi důležitou roli. Po rozhovoru se zdravotníkem se tedy mohla výrazně snížit míra strachu/obav z vyšetření. Větší procento respondentů (57%) uvedlo, že se jejich strach/obavy po rozhovoru se zdravotníkem výrazně zmenšily (graf 12). Šetření poukázalo na to, že správně vedená komunikace mezi zdravotníky a pacienty má podstatný vliv na zmenšení strachu/obav.

Protože kolonoskopie patří mezi nepříjemná a bolestivá vyšetření, zajímalo mě, jaká byla intenzita vnímané bolesti v průběhu vyšetření a zda se bolest po aplikaci analgosedace snížila. Polovina respondentů (50%) pocívala při kolonoskopii střední bolest (graf 13), po přidání analgosedace se u větší části (45,3%+27,9%) respondentů bolest snížila, jen u jednoho respondenta (1,2%) se bolest nesnížila (graf 14). Výzkumné šetření tedy potvrdilo, že analgosedace přispívá k lepší toleranci vyšetření.

Dále jsem chtěla zjistit, zda respondenti vnímali při vyšetření pokyny sestry/lékaře a zda je tyto pokyny uklidňovaly. Výzkum potvrdil, že většina respondentů (84,9%) při vyšetření pokyny lékaře/sestry vnímala (graf 16) a 68,6% respondentů (graf 17) pokyny lékaře/sestry uklidňovaly. Šetření ukázalo, že citlivé působení lékaře/sestry má kladný vliv na psychiku respondentů a může tak přispět k lepšímu průběhu kolonoskopického vyšetření.

V další části dotazníku jsem respondentům ponechala možnost vlastního vyjádření, aby mohli volně popsat své poznatky, co pro ně bylo nejobtížnější, nejtěžší v období před vlastním vyšetřením, během vlastního výkonu a po skončení celé kolonoskopie. Tabulka 18 znázorňuje, že v období před vlastním vyšetřením byla pro 37,2% respondentů nejtěžší součást fyzické přípravy (pití slaných roztoků). Tabulka 19 zdokumentovala, že v průběhu výkonu pro nejvíce respondentů (40,7%) nebylo obtížné nic. Poukazuje to na to, že byli pod vlivem analgosedace. Nejhorší po skončení celé kolonoskopie (tab. 20) byl pro 36% respondentů strach z výsledků vyšetření.

Zda by respondenti v případě nutnosti znovu postoupili kolonoskopické vyšetření ukázal graf 18. Většina (87,2%) respondentů by opět podstoupila vyšetření, protože se to dá vydržet. Za žádných okolností by kolonoskopii nepodstoupil jen jeden respondent (1,2%). Tento respondent byl zřejmě s kolonoskopickým vyšetřením nespokojen, i když se to v grafu 20, který znázorňuje spokojenost pacientů s kolonoskopií, nepotvrdilo.

Dále jsem zjišťovala názor respondentů, co je pro ně nejdůležitější při vyšetření na základě jejich zkušeností. Respondenti měli vybrat podle nich tři nejdůležitější věci.

V obou částech zkoumané položky se respondenti shodli, že je pro ně na prvním místě nejdůležitější důkladné informování před vyšetřením (tab. 22, 23). Lidský přístup zdravotnického personálu je podle respondentů druhý nejdůležitější při absolvování vyšetření (tab. 22, 24) a na třetím místě je podle jejich mínění podání léčiv před i během vyšetření (tab. 22, 25).

Na závěr jsem chtěla zjistit, jak byli respondenti spokojeni s kolonoskopií. Graf 20 ukazuje, že všichni oslovení respondenti byli celkově s kolonoskopickým vyšetřením spokojeni. Nespokojen s vyšetřením nebyl žádný z respondentů.

Závěr

Kolonoskopické vyšetření se v současnosti provádí pomocí nejmodernější endoskopické techniky, která zobrazuje sliznici tlustého střeva do všech detailů. Vyšetření je tak dokonalé, jak správně je vyprázdněné střevo. Kvalitní příprava je tedy důležitým kritériem pro výsledek vyšetření, protože přehlédnutý patologický nález by mohl mít fatální následky. Mezi další faktory, které napomáhají k úspěchu vyšetření, patří efektivní komunikace mezi zdravotníky a pacientem a aplikovaná premedikace. Neoddělitelná je tedy jak příprava fyzická, psychologická, tak i farmakologická.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry jsou pacienti o kolonoskopii informováni, zda mají problémy s přípravou, jakou intenzitu má strach před vyšetřením a čeho konkrétního se pacienti obávají. Dále jaký vliv má lékař/sestra na pacienta v oblasti zvládání strachu a zda mohou svým vhodně zvoleným psychologickým působením s důrazem na poskytnuté informace a podanou medikaci kladně přispět ke zvládnutí kolonoskopického vyšetření.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že respondenti chtějí být více informováni. **Informovanost před vyšetřením je pro ně tím nejdůležitějším, co přispívá k hladkému průběhu vyšetření.** Míra pocíťovaného strachu je přímo závislá na úrovni získaných informací. Důležitým faktorem je tedy kvalitní komunikace a empatie zdravotnického personálu, který by měl pacientovi zajistit psychickou pohodu a klidné prostředí. **Lidský přístup zdravotníků – lékaře/sestry považují respondenti za druhý nejdůležitější při podstoupení kolonoskopie.** Dále výzkum potvrdil, že podávaná analgosedace před a během kolonoskopie přispívá k lepší toleranci prováděného vyšetření a tím i spokojenosti pacientů. **Podání léčiv před i během vyšetření považují respondenti za třetí nejdůležitější věc z hlediska absolvování kolonoskopie.**

Na základě výsledků získaných z výzkumného šetření jsem vytvořila informační brožuru, která bude pro pacienty důstojným průvodcem na cestě k přípravě ke kolonoskopii a zvýší tak jejich informovanost. Výsledek této práce bude použit pro potřeby endoskopického pracoviště Městské nemocnice a. s., Dvůr Králové nad Labem. Brožura je součástí této práce (Příloha č. 4). Doufám, že bude přínosem nejen pro pacienty, ale i pro sestry v rámci zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

Cíle, které jsem si stanovila, byly splněny.

Anotace

Autor: Eva Neumannová
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství
Název práce: Příprava pacienta ke kolonoskopii
Vedoucí práce: Jaroslava Pečenková
Počet stran: 93
Počet příloh: 4
Rok obhajoby: 2011
Klíčová slova: kolonoskopie, příprava, endoskopická sestra, pacient, informovanost

Bakalářská práce pojednává o přípravě pacienta ke kolonoskopii. Správná příprava ke kolonoskopii, efektivní komunikace mezi zdravotníky a pacientem a aplikovaná medikace jsou jedny z klíčových faktorů, které mohou mít výrazný vliv na výsledek vyšetření.

Těžištěm empirické části práce je kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníkové metody, jejímž cílem je zjistit míru informovanosti pacientů o kolonoskopickém vyšetření. Dalším cílem bylo zhodnotit, zda má kvalitní komunikace zdravotníků s pacientem a podávaná premedikace vliv na lepší toleranci vyšetření a tím i na spokojenost pacientů. Na základě zjištěných skutečností byla vytvořena informační brožura, která je návodem pro pacienty, jak zvládnout kolonoskopii. Zkoumaný vzorek tvoří ambulantní a hospitalizovaní pacienti, kteří podstoupili kolonoskopické vyšetření na endoskopickém pracovišti Městské nemocnice a. s., ve Dvoře Králové nad Labem.

This bachelor thesis deals with the ways of preparation of the patient for colonoscopy. Right premedication, effective communication between medical personnel and the patient and applied medication are some of the key factors which can significantly influence the result of examination.

Quantitative research enquiry by means of interrogatory method the aim of which is to find out the extent of patient's awareness about colonoscopy examination is the focal point of the empirical part of the thesis. Another aim of this work was to evaluate whether the high-quality professional communication of medical personnel with a patient and given

premedication have positive influence on better tolerance of the examination and on patient's satisfaction. An information leaflet was written on the basis of established facts to help the patients manage the colonoscopy. The studied sample of patients was made up of outpatients as well as inpatients who underwent colonoscopy examination at the endoscopy ward of the Municipal hospital, joint-stock company in Dvůr Králové nad Labem.

Použitá literatura a prameny

1. BUREŠ, J. a kolektiv. *Gastroenterologie 2006*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006. 286 s. ISBN 80-7254-598-1
2. DÍTĚ, P. et al. *Akutní stavy v gastroenterologii*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 314 s. ISBN 80-7262-305-2
3. DÍTĚ, P. *Gastroenterologie*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000. 196 s. ISBN 80-210-2379-1
4. DÍTĚ, P. a kolektiv. *Základy digestivní endoskopie*. Praha: Grada, 1996. 229 s. ISBN 80-7169-237-9
5. FRIČ, P., RYSKA, M. *Digestivní endoskopie a laparoskopická chirurgie*. Praha: Praha Publishing, 1996. 345s. ISBN 80-902140-0-2
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: proč a jak?* 1.vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
7. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada. 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
8. KOLOREKTUM.CZ.: Portál Národního programu kolorektálního screeningu v České republice. *Organizace Programu kolorektálního screeningu v České republice*. [online]. 2011. [cit.2011-01-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--organizace>>
9. LUKÁŠ, K. a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0
10. LUKÁŠ, K. Historie endoskopie – 200 let dokumentované endoskopie (1806-2006). *Gastroenterologie a hepatologie*. 2005. roč. 59. č. 6. s. 299-308. ISSN 1804-7874
11. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Grada: Praha, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3

- 12.** MARTÍNKOVÁ, J. a kolektiv. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4
- 13.** NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ. Certifikované kurzy. *Akreditované vzdělávací programy*. [online]. 2008-2011. [cit.2011-01-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/177>>
- 14.** SBÍRKA ZÁKONŮ. *Zákon 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních*. [online]. [cit.2010-11-24]. Dostupné na WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/_s.155/701?l=96/2004>
- 15.** SBÍRKA ZÁKONŮ. *Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. [cit.2010-11-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-30-cervna-2004-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-5311.html>>
- 16.** SÚKL. *Fentanyl Torrex*. [Databáze léků online]. 2010. [cit.2010-12-12]. Dostupné na WWW: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php?data%5Bsearch_for%5D=fentanyl+torrex>
- 17.** ŠACHLOVÁ, M. Kolonoskopie není třeba se obávat. *Kolorektální karcinom 2009. Příloha časopisu Farmakoterapie*. Praha: Farmakon Press, 2009. roč.5. s. 27-30. ISSN 1801-1209
- 18.** ŠTEFLOVÁ, J. Příprava pacienta před kolonoskopickým vyšetřením. *Statim. Příloha časopisu INFOLISTY*. Krajská zdravotní a.s.. Ústí nad Labem. 2010. č.1. s. 6-8. ISSN 1803-1072
- 19.** ŠUSTEK, P. *Informovaný souhlas*. Praha: ASPI, 2007. 243s. ISBN 978-80-7357-268-6
- 20.** VILARDELL, F.: The history of digestive endoscopy in the last century of the second milenium. *Acta Gastroenterologica Belgica*. 2002, roč. 65. č. 1. s. 12-16. ISSN 0001-5644

- 21.** VIZE 97. Nadace Dagmar a Václava Havlových. *Prevence rakoviny, kolorektál.* [online]. 2007. [cit.2010-11-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.vize.cz/kolorektal.php>>
- 22.** ZÁDOROVÁ, Z. Kolonoskopie. Doporučený postup endoskopického vyšetření tlustého střeva. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Galén, 2005. roč. 59, č.1, s. 26-30. ISSN 1804-7874
- 23.** ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
- 24.** ZAVORAL, M. Význam kolonoskopie ve screeningu kolorektálního karcinomu. *Lékařské listy Speciál*. Praha. 2010. roč.59, č.4, s. 13
- 25.** ZAVORAL, M., DÍTĚ, P., ŠPIČÁK, J., BUREŠ, J. a kolektiv. *Nové trendy v digestivní endoskopické a diagnostické léčbě*. Praha: Grada, 2000. 313s. ISBN 80-7169-999-3

Seznam zkratek

APTT – aktivovaný tromboplastinový čas

atd. – a tak dál

CA 19 – 9 – nádorový marker onkofetálního charakteru

CEA – karcinoembryonální antigen

cm – centimetr

CT – počítačová tomografie

D – dech

DIC – diseminovaná intravaskulární koagulace

DM – diabetes mellitus

EKG – elektrokardiograf

ERCP – endoskopická retrogradní cholangio-pankreatografie

FNHK – Fakultní nemocnice Hradec Králové

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

i.v. – intravenózní

KRK – kolorektální karcinom

m – metr

mg – miligram

mm – milimetr

ml – mililitr

µg – mikrogram

MRI – magnetická rezonance

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

např. – například

NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

O₂ – kyslík

P – puls

PET – pozitronová emisní tomografie

QUICK – protrombinový čas

tab. – tabulka

TK – tlak krve

TOKS – test okultního krvácení do stolice

Seznam grafů

	strana
Graf 1 - Pohlaví respondentů	35
Graf 2 - Věk respondentů.....	36
Graf 3 - Vzdělání respondentů	37
Graf 4 - Četnost vyšetření	38
Graf 5 - Míra informací.....	39
Graf 6 - Zdroj informací	40
Graf 7 - Více informací.....	42
Graf 8 - Vypití určeného množství roztoků	43
Graf 9 - Postup při pití roztoku	44
Graf 10 - Míra strachu/obav.....	45
Graf 11 - Strach/obava z něčeho konkrétního.....	46
Graf 12 - Zmenšení strachu/obav.....	48
Graf 13 - Intenzita bolesti	49
Graf 14 - Snížení bolesti po analgosedaci.....	50
Graf 15 - Nepříjemné pocity při vyšetření	51
Graf 16 - Vnímání pokynů lékaře/sestry.....	52
Graf 17 - Uklidňující pokyny lékaře/sestry	53
Graf 18 - Opakování kolonoskopie.....	56
Graf 19 - Co je pro pacienta při vyšetření nejdůležitější	58
Graf 20 - Spokojenost s kolonoskopií.....	61

Seznam tabulek

	strana
Tabulka 1 - Pohlaví respondentů	35
Tabulka 2 - Věk respondentů	36
Tabulka 3 - Vzdělání respondentů	37
Tabulka 4 - Četnost vyšetření	38
Tabulka 5 - Míra informací	39
Tabulka 6 - Zdroj informací	40
Tabulka 7 - Více informací	42
Tabulka 8 - Vypití určeného množství roztoků	43
Tabulka 9 - Postup při pití roztoku	44
Tabulka 10 - Míra strachu/obav	45
Tabulka 11 - Strach/obava z něčeho konkrétního	46
Tabulka 12 - Zmenšení strachu/obav	48
Tabulka 13 - Intenzita bolesti	49
Tabulka 14 - Snížení bolesti po analgosedaci	50
Tabulka 15 - Nepříjemné pocity při vyšetření	51
Tabulka 16 - Vnímání pokynů lékaře/sestry	52
Tabulka 17 - Uklidňující pokyny lékaře/sestry	53
Tabulka 18 - Co bylo nejobtížnější, nejtěžší před vyšetřením	54
Tabulka 19 - Co bylo nejobtížnější, nejtěžší během vyšetření	55
Tabulka 20 - Co bylo nejobtížnější, nejtěžší po skončení vyšetření	55
Tabulka 21 - Opakování kolonoskopie	56
Tabulka 22 - Co je pro pacienta při vyšetření nejdůležitější	57
Tabulka 23 - Co je nejdůležitější na prvním místě	59
Tabulka 24 - Co je nejdůležitější na druhém místě	59
Tabulka 25 - Co je nejdůležitější na třetím místě	60
Tabulka 26 - Spokojenost s kolonoskopií	61

Seznam obrázků

	strana
Obrázek 1 - Kolorektální karcinom	79
Obrázek 2 - Incidence a mortalita karcinomu tlustého střeva – vývoj v čase	80
Obrázek 3 - Incidence a mortalita karcinomu rekta – vývoj v čase	80

Zdroje obrázků

Zdroj obrázku 1 - ŠACHLOVÁ, M. Kolonoskopie není třeba se obávat. *Kolorektální karcinom 2009. Příloha časopisu Farmakoterapie*. Praha: Farmakon Press. 2009. roč.5. s. 29. ISSN 1801-1209

Zdroj obrázku 2 - Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice.WEB portál SVOD. Dostupné na WWW: <<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>>

Zdroj obrázku 3 - Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice.WEB portál SVOD. Dostupné na WWW: <<http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>>

Seznam příloh

	strana
Příloha 1 – Kolorektální karcinom	78
Příloha 2 – Žádost o povolení výzkumného šetření.....	81
Příloha 3 – Dotazník	82
Příloha 4 – Informační brožura.....	86

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom je zhoubný nádor, který vzniká z buněk sliznice tlustého střeva. Řadí se mezi adenokarcinomy (nádory žláзовého původu) a je nejčastějším zhoubným nádorem trávicího traktu. Představuje jeden z nejvýznamějších problémů veřejného zdravotnictví. (9)

V současnosti patří kolorektální karcinom ve vyspělých civilizovaných zemích mezi tři nejčastější zhoubné nádory (karcinom plic u mužů, karcinom prsu u žen, kolorektální karcinom) a jeho incidence narůstá. (8)

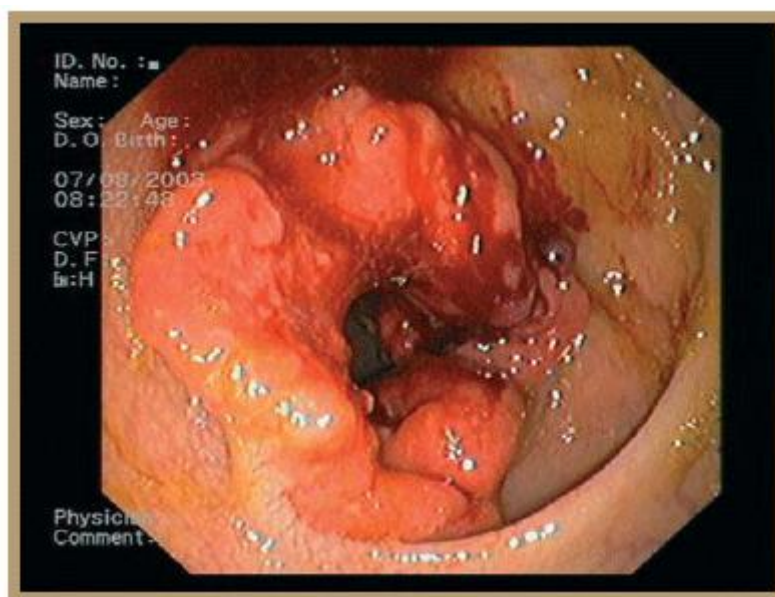
Na vznik tohoto onemocnění mají vliv jak geografické podmínky (zevní faktory), tak důležitou roli hraje genetika (vnitřní faktor). Kolorektální karcinom tedy vzniká interakcí zevních a vnitřních faktorů. (9)

Mezi zevní faktory můžeme zařadit špatné stravovací návyky, nadměrnou spotřebu tuků v potravě a nedostatek tělesné aktivity. Roli také hraje snížený přísun vlákniny, nadměrná konzumace potravin s vysokým obsahem nasycených tuků, nevhodná tepelná úprava stravy (smažení, pečení, grilování, uzení). Do zevních faktorů můžeme též zařadit nadměrné vylučování žlučových kyselin do stolice, nedostatek vápníku v potravě, obezitu a zvýšenou konzumaci alkoholu a kouření. (9, 3)

Mezi vnitřní faktory počítáme věk (až 90% pacientů starších 50 let), pozitivní rodinnou anamnézu (výskyt KRK u příbuzných, adenomová polypóza - familiární forma KRK) a přítomnost idiopatických střevních zánětů (ulcerózní kolitida, Crohnova choroba – riziko stoupá s dobou trvání nemoci a rozsahem postižení střeva). (9)

Metodou první volby v diagnostice kolorektálního karcinomu je kolonoskopie, kdy je možné prohlédnout celé tlusté střevo s biopsií podezřelých ložisek k histologii, ale i provést terapeutické výkony (polypektomie). K základnímu vyšetření patří CT (počítačová tomografie) břicha a pánve, které slouží ke zjištění rozsahu onemocnění. K doplnění CT vyšetření se používá ultrazvuk břicha. Méně často se využívá vyšetření pomocí dvojkontrastní irigografie. Lokalizaci karcinomu rekta je možné vyšetřit pomocí endosonografie rekta. Pánev se dopodrobna vyšetří pomocí MRI (magnetická rezonance). Při podezření na rozsev metastáz se méně často využívá PET (pozitronová emisní tomografie). Součástí diagnostiky jsou laboratorní vyšetření krevního obrazu, biochemie, doplněné o nádorové markery CEA (karcinoembryonální antigen) a Ca 19-9. (8)

Obr. 1 Kolorektální karcinom



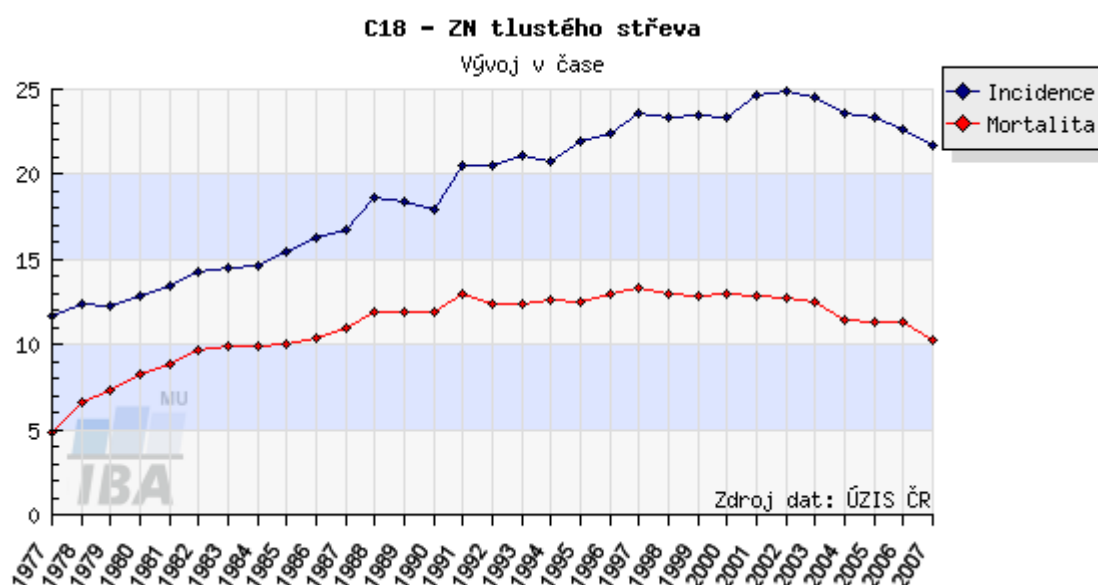
Zdroj: Kolorektální karcinom 2009

Kolorektální karcinom v České republice

Česká republika zaujímá čelní postavení ve výskytu kolorektálního karcinomu ve světě. Toto závažné onemocnění je podle dat studie Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006 druhým nejvíce se vyskytujícím zhoubným onemocněním u mužů a třetím u žen. Populační zátěž je velmi vysoká. Každoročně je v České republice diagnostikováno 7900 – 8100 nových případů tohoto onemocnění a 4300 – 4500 pacientů na něj zemře. Index růstu incidence a mortality na toto onemocnění v roce 2006 dosáhl výše 120% oproti roku 1995 (viz obrázek 2, 3). Závažnost problému kolorektálního karcinomu je v tom, že postihuje ve značné míře pacienty v produktivním věku. Jeho výskyt narůstá s věkem, zvyšuje se po 50. roce, největší výskyt je mezi 60 – 75 lety. (8)

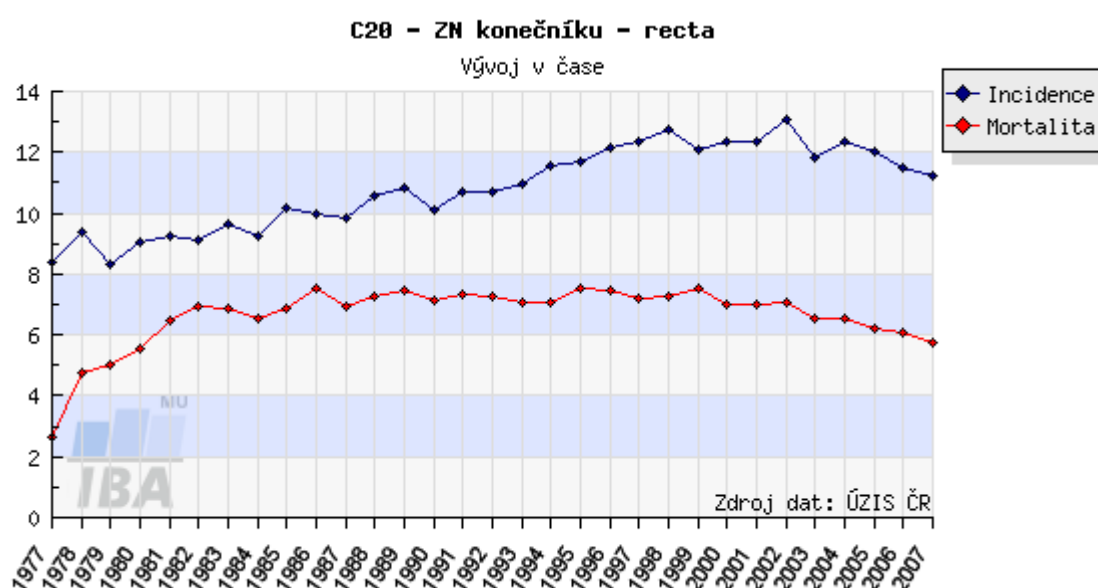
Přestože se incidence tohoto onemocnění zvyšuje, současně se zvyšuje počet žijících osob, u kterých byl v minulosti kolorektální karcinom diagnostikován a léčen. Hlavní zásluhu na tom má organizování screeningu kolorektálního karcinomu v České republice. Screeningový program získal v roce 2009 nový rozměr. Byla zavedena primární screeningová kolonoskopie pro pacienty starší než 55 let. Do screeningu je zapojeno více odborných společností, připravují se a probíhají rozsáhlé propagační mediální kampaně (viz kapitola 2.9 Význam kolonoskopie ve screeningu a dispenzárních programech). (8)

Obr. 2 Incidence a mortalita karcinomu tlustého střeva – vývoj v čase



Zdroj: WEB portál SVOD (www.svod.cz)

Obr. 3 Incidence a mortalita karcinomu rektu – vývoj v čase



Zdroj: WEB portál SVOD (www.svod.cz)

Příloha 2 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní

Jana Holanová

Hlavní sestra Městské nemocnice Dvůr Králové n.L. a.s.

Vrchlického 1504

544 01 Dvůr Králové n.L.

V Hradci Králové 30. 6. 2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Městské nemocnici, a.s. Dvůr Králové n.L.

Vážená paní hlavní sestro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na endoskopickém pracovišti Městské nemocnice, a.s. Dvůr Králové n.L. v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Evy Neumannové narozené 17. 4. 1968, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je zjistit míru informovanosti pacientů o kolonoskopickém vyšetření a jejího vlivu na přípravu ke kolonoskopickému vyšetření a průběh kolonoskopického vyšetření.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením Jaroslavy Pečenkové, odb. as. z Ústavu sociálního lékařství, Oddělení ošetrovatelství LF UK v Hradci Králové. K žádosti přikládáme dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme. Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Jaroslava Pečenková, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetrovatelství

Eva Neumannová, studentka 3. ročníku ošetrovatelství, obor všeobecná sestra

Kontaktní adresa:

Jaroslava Pečenková, ÚSL LF UK v Hradci Králové

Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové

email: PecekovaJ@lfhk.cuni.cz

tel. 495816165

Vyjádření vedení instituce:

☒ souhlasím

☐ nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 1. 4. 2010

MĚSTSKÁ NEMOCNICE a.s.
Dvůr Králové n.L.
Vrchlického 1504
Podpis, razítko

Příloha 3 - Dotazník

Anonymní dotazník o pacientově pohledu na kolonoskopické vyšetření

Dobrý den,

Jmenuji se Eva Neumannová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Příprava pacienta ke kolonoskopii“. Cílem této práce je zjistit míru informovanosti pacientů o kolonoskopickém vyšetření a na jejím základě vytvořit informační brožuru srozumitelnou pro všechny pacienty. Tento dotazník je zcela anonymní, obsahuje 21 otázek a bude sloužit pouze jako podklad pro mou bakalářskou práci.

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

Eva Neumannová

Pokyny pro vyplňování: U většiny otázek se odpovídá zakroužkováním té možnosti, které se nejvíce blíží Vašemu názoru. Pokud se spletete, anebo se rozhodnete svoji odpověď změnit, škrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí.

- 1) Pohlaví: muž žena
- 2) Věk: 16 – 35
 36 – 65
 66 – a více
- 3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 a) základní b) středoškolské c) vysokoškolské
- 4) Po kolikáté jste dnes absolvoval/a kolonoskopické vyšetření?
 a) poprvé b) podruhé c) potřetí a více
- 5) Měl/a jste před vyšetřením dostatek ? informací o tom, co Vás čeká?
 a) vůbec nic jsem nevěděl/a
 b) měl/a jsem jen částečné informace
 c) měl/a jsem k dispozici všechny potřebné informace

- 6) Od koho jste získával/a potřebné informace? (lze zakroužkovat více možností)
- a) sestra
 - b) lékař
 - c) rodina, známí
 - d) televize
 - d) časopisy
 - e) internet
 - f) jiný zdroj (doplňte)
- 7) Chtěl/a byste být před vyšetřením více informován/a o tom, co Vás čeká?
- a) ano, zejména o (doplňte)
 - b) ne, protože (doplňte)
- 8) Podařilo se Vám vypít určené množství roztoků?
- a) ano
 - b) jen částečně
 - c) ne
- 9) Jak jste si počínal/a při pití doporučeného množství roztoku?
- a) pil/a jsem postupně po menších dávkách
 - b) podařilo se mi vypít celé množství (lahvička) bez větších problémů
- 10) Měl/a jste strach/obavy před kolonoskopickým vyšetřením?
- a) neměl/a jsem v podstatě žádný strach/obavy
 - b) měl(a) jsem takový průměrný strach/obavy
 - c) měl jsem velký strach/obavy
- 11) Z čeho konkrétně jste měl/a největší strach/obavy? (označte dva hlavní důvody)
- a) z očekávané bolesti
 - b) z účinku tlumících léků během vyšetření
 - c) z možných komplikací v průběhu vyšetření
 - d) z výsledku vyšetření
 - e) z toho, jestli to celé zvládnou

f) z něčeho dalšího (doplňte)

g) nedovedu říci, co bylo hlavní příčinou mých obav

12) Zmenšil se Váš strach/obavy po rozhovoru se zdravotníkem (lékařem, či sestrou)?

a) ne, vůbec se nezmenšily

b) mé obavy se trochu zmenšily

c) mé obavy se výrazněji zmenšily

13) Vnímál/a jste při vyšetření v průběhu kolonoskopického vyšetření nějakou bolest?

a) ano, velmi silnou až nesnesitelnou bolest

b) ano, takovou střední bolest

c) ano, ale jen mírnou bolest

d) ne, žádnou bolest jsem nevnímal/a

14) Snížila se Vaše bolest po přidání léků na zklidnění a proti bolesti (analgesedace)?

a) ano, nic jsem necítil/a

b) ano, ale trochu jsem bolest cítil/a

c) ne, bolest se nesnížila, vnímál/a jsem vše

d) nebylo mi nutné další léky přidávat

15) Měl/a jste během vyšetření nějaké další nepříjemné pocity?

a) ano, hlavně

b) ne, protože

16) Vnímál/a jste při vyšetření pokyny lékaře/sestry?

a) ano, pokyny lékaře/sestry jsem vnímál/a silně

b) ne, pokyny lékaře/sestry jsem nevnímal/a

17) Uklidňovaly Vás pokyny lékaře/sestry?

a) ano, uklidňovaly

b) těžko říci, tak napůl

c) ne, neuklidňovaly

18) Co pro Vás bylo nejobtížnější, nejtěžší v období **před** vlastním vyšetřením? (napište)

.....

Co pro Vás bylo nejobtížnější, nejtěžší **během** vlastního vyšetření? (napište)

.....

Co pro Vás bylo nejobtížnější, nejtěžší **po skončení** celého vyšetření? (napište)

.....

19) Pokud by to bylo nutné, podstoupil/a byste kolonoskopické vyšetření znovu?

a) ano; není to příjemné, ale dá se to vydržet

b) už bych váhal/a

c) ne, za žádných okolností

20) Co si myslíte, že je na základě **Vašich** zkušeností **pro pacienta** při vyšetření nejdůležitější? (vyberte tři - podle Vás nejdůležitější - věci)

a) důkladné informování před vyšetřením

b) srozumitelné pokyny od zdravotnického personálu (včetně lékaře)

c) lidský přístup zdravotnického personálu (včetně lékaře)

d) šikovnost a schopnosti vyšetřujícího lékaře

e) podání léků před i při vyšetření (injekce proti bolesti)

f) něco jiného (doplňte).....

podle mne je nejdůležitější: 1.

2.

3.

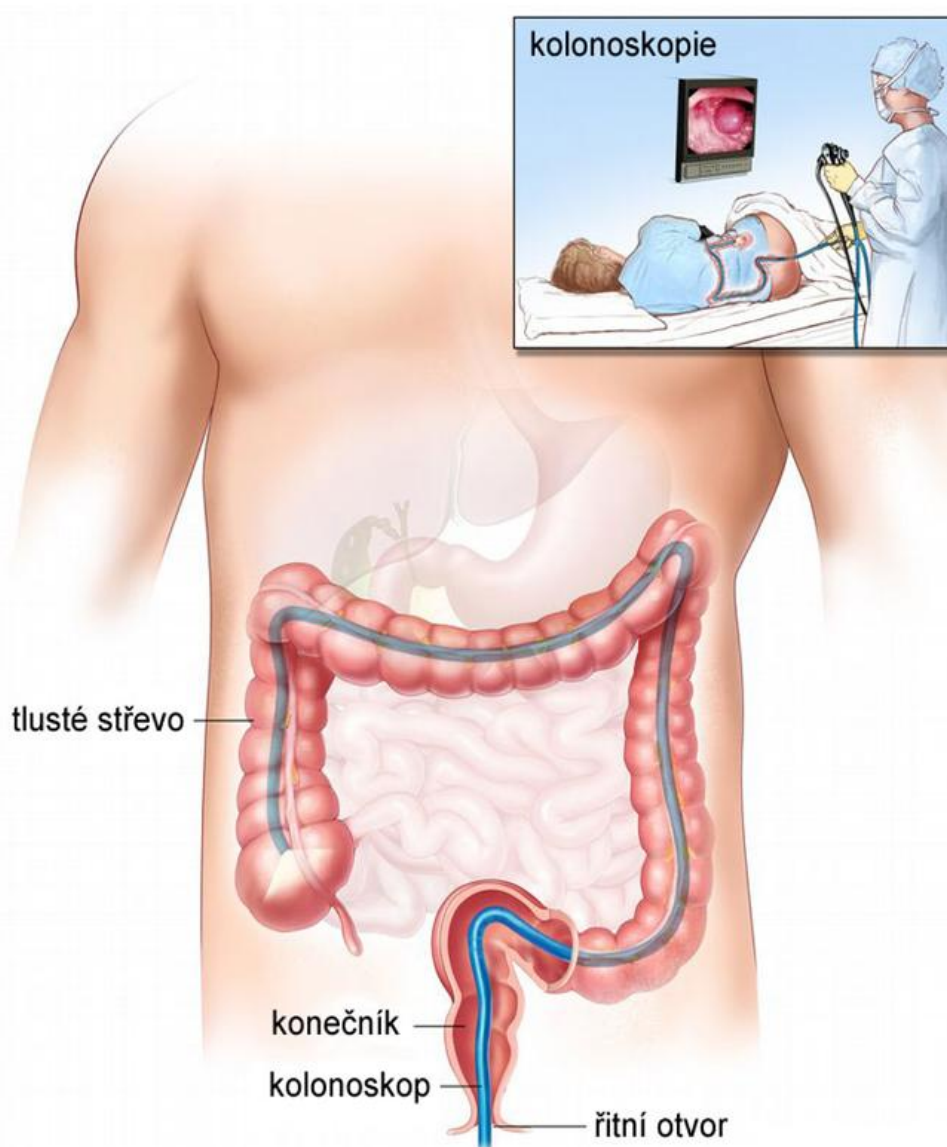
21) Jak jste byl/a celkově spokojen/a s kolonoskopickým vyšetřením?

a) velmi spokojen/a

b) spokojen/a

c) nespokojen/a , protože:

Rady a návody jak zvládnout kolonoskopii



Princip kolonoskopického vyšetření

Zdroj: National Cancer Institute (www.cancer.gov)

Co je to kolonoskopie?

- Kolonoskopie je velmi přesná endoskopická vyšetřovací a léčebná metoda, pomocí které lékař prohlíží dolní část zažívací trubice zevnitř (konečník a celé tlusté střevo, popřípadě malou část tenkého střeva).
- Poprvé bylo toto vyšetření úspěšně použito v roce 1970.
- Kolonoskopické vyšetření se provádí na základě Vašich potíží při podezření na hemeroidy, zánětlivá nebo nádorová onemocnění tlustého střeva.
- Výhodou vyšetření je, že se při něm mohou včas rozpoznat závažná onemocnění, odstranit podezřelé polypy a bezbolestně odebírat z výše uvedených oblastí vzorky tkání na histologické vyšetření.
- Provádí se pomocí optického přístroje - kolonoskopu.

Co je to kolonoskop?

- Kolonoskop je speciální tenká ohebná hadice s optickými vlákny, miniaturní kamerou a pracovním kanálem. Kolonoskopický přístroj je silný v průměru 1,3 cm a dlouhý 1,60 m.
- Při vyšetření lékař přístroj opatrně zavádí přes konečník do tlustého střeva. Optická vlákna přenášejí informace z vyšetřovaného orgánu přes videoprocessor na obrazovku. Lékař tak vidí přesný a reálný obraz tlustého střeva a může tak bezpečně rozpoznat i onemocnění, která neodhalí ani rentgen.
- Pracovním kanálem kolonoskopu se do střeva zavádějí malé ohebné nástroje (kleštičky, kličky), kterými se mohou provádět malé zákroky (např. odběr vzorků na histologické vyšetření, odstranění střevních nárůstků - polypů).



Kdy Vás lékař doporučí na toto vyšetření?

- Lékař Vám doporučí toto vyšetření při podezření na zánětlivé, nádorové nebo jiné onemocnění tlustého střeva. Kolonoskopem lékař určí konkrétní onemocnění. Jak již bylo výše uvedeno, při kolonoskopii lze odebrat ze střeva vzorek na histologické vyšetření nebo odstranit malé střevní nárůstky (polypy), čímž se vyhnete klasické operaci, která s sebou přináší nemalé problémy.
- Na kolonoskopii může být též doporučení Vaším praktickým lékařem, ambulantním gynekologem nebo jiným odborným lékařem v rámci screeningu (vyhledávání) kolorektálního karcinomu.
- Screening kolorektálního karcinomu (nádor tlustého střeva a konečníku) se provádí v České republice v mnoha centrech pro screeningovou kolonoskopii.
- Endoskopické pracoviště v Městské nemocnici ve Dvoře Králové nad Labem patří mezi tato specializovaná screeningová centra. Veškeré informace o těchto centrech jsou Vám k dispozici na stránce: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-screening--centra--seznam>

Mám se vyšetření bát?

- Kolonoskopie nepatří mezi příliš příjemná vyšetření, přesto není potřeba se obávat. Na endoskopickém pracovišti budete přijati vlídně, mile a profesionálně. Vyšetření probíhá velmi šetrně, strach z bolesti mít nemusíte.
- Před kolonoskopií Vám sestra do žíly zavede tenkou kanylku, do které Vám budou před vyšetřením a v průběhu vyšetření podávány léky na zklidnění a proti bolesti (analgosedace – kombinace analgetika se sedativem). Někdy se výkon provádí v celkové anestezii.



Jak dlouho vyšetření trvá?

- Kolonoskopické vyšetření trvá v průměru 20 – 30 minut, je to individuální. Záleží na délce střeva, množství ohybů a správném vyprázdnění střeva. Pro zajímavost - běžná délka tlustého střeva je 1 – 1,5 m.

Jak se mám na vyšetření připravit?

- K přípravě pacienta ke kolonoskopii se přistupuje vždy individuálně, neexistuje optimální univerzální postup. Vyprazdňovací postupy se na jednotlivých pracovištích liší. Lékař vždy zvolí níže uvedený způsob přípravy, který je pro Vás vhodný.
- Pro úspěšné provedení vyšetření je nutné dokonale vyprázdnit střevo.
- Bylo by jistě zbytečné podstupovat kolonoskopické vyšetření znovu jen kvůli tomu, že jste se připravili nedostatečně.
- Pokud jste objednan/a ke kolonoskopickému vyšetření, zcela jasně Vám ošetřující personál vysvětlí, jak máte při vyprazdňování postupovat. Vždy je nutné dodržet postup vyprazdňování podle endoskopického pracoviště, na kterém se vyšetření provádí.

Dietní režim 5 dnů před vyšetřením:

- **5 dnů před vyšetřením nejezte potraviny s vysokým obsahem nestravitelných zbytků (celozrnné pečivo, ovoce a zelenina se slupkami a zrníčky – rajčata, papriky, jahody, maliny, kiwi, hroznové víno, rybíz, angrešt, melouny...).**
- Z potravy vysadte léky obsahující železo (Ferronat, Sorbifer Durules, Aktiferrin...)
- S indikujícím lékařem se poradte o úpravě protisrážlivé léčby (Warfarin), ostatní léky můžete užívat beze změny.
- Pokud se léčíte s cukrovkou (diabetes mellitus) poradte se o dietní přípravě s indikujícím lékařem nebo diabetologem.

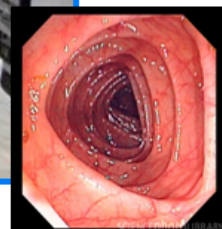
Příprava den před vyšetřením:

- Den před vyšetřením si dáte lehkou snídani (např. čaj, rohlík), k obědu můžete bujón (čirý vývar z masa, zeleniny). Dále pijete již jen tekutiny. Příjem čirých tekutin není omezený, naopak větší příjem tekutin mimo vyprazdňovací roztoky napomáhá ke kvalitnějšímu vyprázdnění střev. Pokud to jde, neomezujte pohyb.
- Nejčastěji se k vyčištění střeva používají roztoky fosfátových solí nebo přípravek Fortrans.
- Pokud se připravujete **fosfátovými solemi**, je vhodné každou lahvičku roztoku doplnit stejným množstvím vlažné vody a protřepat, aby v roztoku nezůstaly krystaly solí. Ke každé dávce vypijte nejméně 1 litr jakékoliv čiré tekutiny. Celkový příjem čirých tekutin mimo vyprazdňovací roztoky by měl být 3–4 litry. Je potřeba vypít tři dávky fosfátových solí. První v 15 hodin, druhou ve 20 hodin a třetí ve 22 hodin před plánovaným vyšetřením.
- Po vypití první lahvičky se začnete vyprazdňovat. Po vypití třetí lahvičky fosfátových solí by z vás měla odcházet jen voda. Snažte se vypít všechny tři lahvičky a nevyzvrátit, příprava by tak byla nedostatečná.
- Po vyprázdnění již nic nejzte, dále můžete přijímat tekutiny (čiré) k zahnání žízně (1-1,5 litru).
- Pokud se připravujete **Fortransem**, ráno před vyšetřením si dáte lehkou snídani (čaj, rohlík). Oběd je tekutý – polévka (čirý vývar), pak už jen přípravek Fortrans.
- Přípravek k vyprazdňování Fortrans obsahuje 4 sáčky, rozpustné vždy v jednom litru čiré tekutiny. K dosažení dostatečné přípravy Fortransem (makrogolem) je obvykle nutné vypít 4 litry tohoto roztoku (1 litr na 20 kg tělesné hmotnosti). Sáček vždy rozpustíte v jednom litru vlažné vody a vypijete během jedné hodiny.
- S pitím začnete den před vyšetřením kolem 16 hodiny. Pokud po vypití 3 litrů odchází z konečníku již jen nezabarvená voda, můžete přípravu ukončit. Jakmile však odchází ještě voda zabarvená stolicí, musíte použít 4. sáček.
- Vyprázdnění probíhá v 1-2 hodinách po vypití Fortransu. Po vyprázdnění již nic nejzte, dále můžete přijímat tekutiny (čiré) k zahnání žízně (1 – 1,5 litru).
- Pokud trpíte zácpou, oznamte to, prosím indikujícímu lékaři. Příprava by měla být delší a intenzivnější. Tlusté střevo musí být důkladně vyčištěno, jinak nebude možné provést vyšetření v celém rozsahu. Pod povlakem stolice by mohl být přehlédnut patologický nález.
- Vyprazdňování střeva trvá i několik hodin, proto si na tuto dobu neplánujte žádné důležité zařizování ani cestování.
- Okolí konečníku může být po dlouhém vyprazdňování podrážděné a rozbolavělé. Při jeho očištění je vhodné používat místo toaletního papíru dětské vlhčené ubrousky.
- **Dá se říct, že pokud jste zvládli přípravu, máte již to horší za sebou.**

Jak probíhá samotné kolonoskopické vyšetření?

- Před kolonoskopií se v kabině svléknete podle pokynů sestry od pasu dolů a položíte se na vyšetřovací lehátko. Sestra Vás oblékne do speciálních kalhot s otvorem vzadu nebo zakryje přikrývkou.
- Před výkonem Vám sestra do ruky zavede kanylku (injekce), do které budou podávány uklidňující léky a léky proti bolesti (analgosedace) podle potřeby před a v průběhu vyšetření. Po podání injekce budete mírně omámeni, ale při vědomí, aby jste mohli reagovat na pokyny lékaře nebo sestry.
- V průběhu vyšetření zpravidla ležíte na levém boku. Lékař Vám konečníkem do tlustého střeva zavede ohebnou hadici. Ošetřujícím personálem (lékařem nebo sestrou) jste pravidelně informováni o všech následujících krocích. Kolonoskop je postupně posunován až na konec tlustého střeva. Při výkonu asistuje endoskopická sestra, která Vám občas zatlačí na břišní stěnu, nebo Vás polohuje z boku na záda a naopak, aby pomohla posunování přístroje ve střevě. Lékař do střeva přístrojem vhání malé množství vzduchu, který je potřebný pro jeho roztažení. To je důležité pro zajištění dobré viditelnosti. Rozpínání střeva Vám může navodit nepříjemné pocity, které však netrvají dlouho.
- Při kolonoskopii lékař pozoruje díky optickému systému reálný obraz tlustého střeva na obrazovce. Během vyšetření může odebrat vzorky sliznice na histologické vyšetření, (zjištění patologie) nebo odstranit polypy (nárůstky). Toto není bolestivé, protože střevo není inervováno. Vyšetření trvá asi 20 - 30 minut, díky injekci na zklidnění čas nevnímáte.

- Vysunování kolonoskopu už necítíte. Po ukončení vyšetření Vám sestra do konečníku zavede tenkou rektální rourku na uvolnění nahromaděného vzduchu.



Co bude následovat po vyšetření?

- Po kolonoskopii zůstanete ještě asi půl hodiny ležet v dšpávací místnosti, odpočívat však budete po celý zbytek dne. Minimálně čtyři hodiny po podání injekce na zklidnění se budete chovat jako opilí a bude se Vám chtít spát. Po dobu 12 hodin po vyšetření nesmíte řídit motorové vozidlo, ani činit žádná závažná rozhodnutí. Odejít domů můžete až po konzultaci s lékařem.

Je vhodné si zařídít doprovod!

- Po vyšetření nemusíte držet žádnou speciální dietu, pouze se vyhněte nadýmavým potravinám. Doporučuje se zakoupit probiotické bakterie nebo jogurty s probiotiky, protože při čištění střeva z Vás odešly i zdravé bakterie. Na odstranění plynatosti po vyšetření si můžete koupit Espumizan nebo Sab Simplex.
- Pokud Vám byly odstraněny polypy, budete poučeni o možných komplikacích, stravě a režimu v následujícím dni. Můžete být i krátkodobě hospitalizováni. V tomto případě se doporučuje první den po vyšetření kašovitá strava a klid na lůžku. Při náhle vzniklých bolestech, nebo masivním krvácení z konečníku okamžitě informujte ošetřující personál.

Kdy se dozvím výsledek vyšetření?

- Výsledek kolonoskopie Vám lékař sdělí ihned po vyšetření. Pokud Vám byly odebrány během vyšetření vzorky nebo polypy z tlustého střeva na histologické vyšetření, budou výsledky známy během čtrnácti dní.

Existuje nějaké alternativní vyšetření?

- Pokud z nějakého důvodu nelze podstoupit kolonoskopii, je možné použít rentgen střev, CT (počítačová tomografie) nebo ultrazvukové vyšetření břicha. Při těchto vyšetřeních však nelze odebírat vzorky na histologické vyšetření ani odstraňovat polypy.

Pár slov na závěr

- Kolonoskopie je pro mnohé strašákem, není to nijak příjemné vyšetření, dá se však vydržet a mnohdy zachráni život.
- Kolonoskopii též můžete brát s humorem, právě tak, jako známý výtvarník Petr Urban, který v roce 2009 absolvoval kolonoskopické vyšetření a na základě vlastního zážitku nakreslil barevný komiks „Kolonoskopie s Pivrcem“, kde se můžete podívat, jak si Ruda Pivrnec „vomrknul svoje střevo zevnitř“.



Celý komiks ke shlédnutí na: <http://www.kolorektalni-karcinom.cz/kolonoskopie-s-pivrcem>
Obrázek z komiksu použit s laskavým svolením autora Petra Urbana.

Použitá literatura:

- DÍTĚ, P. a kolektiv. *Základy digestivní endoskopie*. Grada. 1996
- LUKÁŠ, K. a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Grada. 2005
- ZAVORAL, M. a kolektiv. *Nové trendy v digestivní endoskopické diagnostice a léčbě*. Grada. 2000
- <http://www.kolorektalni-karcinom.cz/kolonoskopie-s-pivrcem>
- <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost-kolorektalni-karcinom>
- <http://www.ordinace.cz/clanek/kolonoskopie/>
- <http://www.vasedeti.cz/zdravi/onemocneni/strasak-jmenem-kolonoskopie/>

Autor: Eva Neumannová, endoskopická sestra, Endoskopické pracoviště, Městská nemocnice Dvůr Králové n/L.

Odborný dohled: MUDr. Hana Volfová, vedoucí lékař Endoskopického pracoviště, Městská nemocnice Dvůr Králové n/L.